

Stanislav Grof:

LSD PSZICHOTERÁPIA

Tartalomjegyzék

ELŐSZÓ AZ ELSŐ KIADÁSHOZ.....	5
ELŐSZÓ A MÁSODIK KIADÁSHOZ.....	7
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	12
LSD PSZICHOTERÁPIA.....	13
1 AZ LSD-TERÁPIA TÖRTÉNETE.....	14
AZ LSD ÉS PSZICHEDELIKUS HATÁSAINAK FELFEDEZÉSE.....	14
AZ ELSŐ LABORATÓRIUMI ÉS KLINIKAI KUTATÁSOK.....	15
TERÁPIÁS KÍSÉRLETEZÉS AZ LSD-VEL.....	17
AZ LSD KEMOTERÁPIÁS TULAJDONSÁGAINAK VIZSGÁLATA.....	19
AZ LSD EUFÓRIKUS ÉS ANTIDEPRESSZÁNS HATÁSAINAK VIZSGÁLATA.....	19
AZ LSD MINT SOKKTERÁPIA.....	19
AZ LSD LEREAGÁLÁST ELŐSEGÍTŐ HATÁSÁNAK TERÁPIÁS ALKALMAZÁSA.....	20
AZ LSD AKTIVÁLÓ HATÁSÁNAK FELHASZNÁLÁSA KRÓNIKUS ÉS RÖGZÜLT TÜNETEK ESETÉN.....	20
LSD-VEL TÁMOGATOTT PSZICHOTERÁPIA.....	21
A PSZICHOTERÁPIÁS FOLYAMAT LSD-VEL TÖRTÉNŐ TÁMOGATÁSA.....	22
Kis dózisú LSD használata az intenzív pszichoterápiában.....	22
Kis dózisok használata a csoportos pszichoterápiában.....	22
Az LSD alkalmi használata az intenzív pszichoterápiában.....	23
AZ LSD-TERÁPIA TECHNIKÁI.....	23
Pszicholitikus LSD-terápia.....	23
Pszichedelikus LSD-terápia.....	24
Anaklitikus terápia (LSD-analízis).....	26
Hipnodelikus terápia.....	27
Tömeges LSD-terápia.....	28
AZ LSD-TERÁPIA ÁTFOGÓ ELMÉLETÉNEK SZÜKSÉGESSÉGE.....	29
2 AZ LSD-TERÁPIA LEGFONTOSABB TÉNYEZŐI.....	32
AZ LSD FARMAKOLÓGIAI HATÁSAI.....	32
AZ ALANY SZEMÉLYISÉGE.....	35
PSZICHODINAMIKUS ÉLMÉNYEK.....	42
PERINATÁLIS ÉLMÉNYEK.....	43
Az első perinatális mátrix (egység az anyával).....	50
Második perinatális mátrix (ellentét az anyával).....	50
A harmadik perinatális mátrix (együtműködés az anyával).....	51
A negyedik perinatális mátrix (leválás az anyáról).....	53
TRANSZPERSZONÁLIS ÉLMÉNYEK.....	54
A TERAPEUTA VAGY VEZETŐ SZEMÉLYISÉGE.....	56
SET ÉS SETTING.....	64
A SET FONTOSSÁGA.....	64
A SETTING FONTOSSÁGA.....	68
3 AZ LSD-TERÁPIA PSZICHOLOGIKUS ÉS PSZICHEDELIKUS IRÁNYZATA: ÚTON EGY INTEGRÁLT MEGKÖZELÍTÉS FELÉ.....	71
KUTATÁS AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA HATÉKONY TECHNIKÁI UTÁN.....	71
A PSZICHOLOGIKUS TERÁPIA ELŐNYEI ÉS HÁTRÁNYAI.....	73
A PSZICHEDELIKUS TERÁPIA ELŐNYEI ÉS HÁTRÁNYAI.....	76
4 AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA ALAPELVEI.....	79
AZ ELŐKÉSZÍTŐ SZAKASZ.....	79
A PSZICHEDELIKUS ÜLÉSEK.....	88
AZ ÉLMÉNYEK INTEGRÁLÁSA.....	95
5 AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA KOMPLIKÁCIÓI.....	98
FIZIKAI ÉS ÉRZELMI KONTRAINDIKÁCIÓK.....	98
AZ LSD-TERÁPIA KRITIKUS HELYZETEI.....	100

AZ LSD-TERÁPIA NEGATÍV UTÓHATÁSAI.....	109
AZ LSD-TERÁPIA KOMPLIKÁCIÓINAK MEGELŐZÉSE ÉS KEZELÉSE.....	115
6 AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA MENETE.....	119
A PSZICHEDELIKUS ÜLÉSEK TARTALMI VÁLTOZÁSAI.....	120
AZ ÜLÉSEKET KÖVETŐ ÉRZELMI ÉS PSZICHOSZOMATIKUS VÁLTOZÁSOK.....	126
A SZEMÉLYISÉGSTRUKTÚRA, A VILÁGKÉP ÉS AZ ÉRTÉKREND VÁLTOZÁSAI.....	132
7 AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA INDIKÁCIÓI, TERÁPIÁS POTENCIÁLJA ÉS KLINIKAI EREDMÉNYEI.....	135
A KLINIKAI EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSÉNEK NEHÉZSÉGEI.....	135
DEPRESSZIÓ, NEURÓZIS, PSZICHOSZOMATIKUS TÜNETEK.....	137
ALKOHOLIZMUS, DROGFÜGGŐSÉG, KARAKTERZAVAR, SZEXUÁLIS DEVIÁCIÓ.....	140
BORDERLINE SZEMÉLYISÉGZAVAR, ENDOGÉN PSZICHÓZIS.....	143
A HALDOKLÓK LELKI ÉS FIZIKAI FÁJDALMAI.....	145
8 AZ LSD NEM TERÁPIÁS CÉLÚ HASZNÁLATA.....	147
AZ LSD ALKALMAZÁSA A MENTÁLHIGIÉNÉS SZAKEMBEREK KÉPZÉSÉBEN.....	147
LSD ÉS KREATIVITÁS.....	148
DROGOKKAL ELŐIDÉZETT VALLÁSOS ÉS MISZTIKUS ÉLMÉNYEK.....	151
AZ LSD SZEREPE A SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉSBN ÉS AZ ÖNMEGVALÓSÍTÁSBAN.....	152
AZ LSD HASZNÁLATA A PARANORMÁLIS KÉPESSÉGEK KIBONTAKOZTATÁSÁBAN.....	153
9 AZ LSD-KEZELÉS TERÁPIÁS MECHANIZMUSAI.....	157
A HAGYOMÁNYOS TERÁPIÁS MECHANIZMUSOK FELERŐSÖDÉSE.....	157
VÁLTOZÁSOK A PSZICHÉS VEZÉRLŐRENDSZEREK DINAMIKÁJÁBAN.....	158
A HALÁL-ÚJJÁSZÜLETÉSI FOLYAMATBAN REJLŐ TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK.....	159
TERÁPIÁS MECHANIZMUSOK A TUDAT TRANSZPERSZONÁLIS SZINTJÉN.....	162
10 EPILOGUS: AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA JÖVŐJE.....	168
BIBLIOGRÁFIA.....	170
I. FÜGGELÉK: A pszichedelikumok felügyelet nélküli használata során bekövetkező krízisek kezeléséről.....	176
A PSZICHEDELIKUS KRÍZISEK TERMÉSZETE ÉS DINAMIKÁJA.....	176
A PSZICHIÁTRIAI KRÍZISINTERVENCIÓ ÉS AZ ÖNSEGÍTŐ MEGKÖZELÍTÉSEK.....	178
A PSZICHEDELIKUS KRÍZISEK KEZELÉSÉNEK ALAPELVEI.....	179
II. FÜGGELÉK: Az LSD hatása a kromoszómákra, a genetikai állományra, a magzati fejlődésre és a malignitásra.....	184
AZ LSD HATÁSA A KROMOSZÓMÁK STRUKTÚRÁJÁRA.....	184
IN VITRO KUTATÁSOK.....	185
IN VIVO VIZSGÁLATOK.....	187
A feketepiaci "LSD" és a kromoszóma-károsodás.....	187
A tiszta LSD és a kromoszóma-károsodás.....	188
A magzati sejtek kromoszomális változásai.....	190
AZ LSD MUTAGÉN HATÁSAI.....	192
AZ LSD TERATOGÉN HATÁSAI.....	193
AZ LSD KARCINOGEN HATÁSAI.....	197
ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KONKLÚZIÓ.....	198

Szeretettel:

Christinának

ELŐSZÓ AZ ELSŐ KIADÁSHOZ

Előljáróban úgy érzem, némi indoklásra szorul, miért jelentetünk meg egy LSD-pszichoterápiáról szóló könyvet egy olyan korban, amelyben hivatalosan senki nem foglalkozik pszichedelikus kutatómunkával. Számos elméleti és gyakorlati megfontolás szól amellet, hogy az LSD-kutatásaimból származó, több mint huszonnégy éve gyűlt anyagot a nyilvánosság elé tárjam. A pszichedelikus szerek szigorú törvényi szabályozása lényegében ellehetetlenítette az e területen folytatott tudományos munkát, ám a tömegek felügyelet nélküli önkísérletezésének nem sikerült gátat szabnia. Miközben a pszichedelikumokat kutatni kívánó tudósok elé áthághatatlan bürokratikus akadályok tornyosulnak, a feketepiacon széles választékban kaphatók a kétes minőségű szerek, amelyekhez a felnövekvő generáció tagjai könnyen hozzáférnek. Az Egyesült Államokban több százezerre - egyes becslések szerint több millióra - tehető azok száma, akik életük során legalább egyszer kipróbáltak valamilyen pszichedelikus szert.

Sajnos a pszichedelikumok társadalmi megítélését nem a tudományos kutatások eredményei, hanem a kérdésben érintett egyének és érdekcsoportok erősen elfogult nézetei alakították. A közkézen forgó információ egy része olyan propagátoroktól származik, akik szinte kizárólag a pszichedelikus szerek előnyeit ecsetelték, és a lehetséges veszélyekről elfelejtettek említést tenni. Az információ fennmaradó részét az államilag támogatott drogellenes propaganda termékei teszik ki, amelyek viszont oly mértékben eltorzították a valóságot, hogy üzenetüket a fiatalok nem tudták komolyan venni. Sokan emlékeztek még arra a demagóg hadjáratra, amelyet az USA kormánya a viszonylag csekély veszélyességű marihuána ellen folytatott, és amelynek kapcsán többen kételkedni kezdtek az állami "szakértők" szavahihetőségében.

Az LSD akut és krónikus hatásaival kapcsolatos tényszerű információnak nagy jelentősége van, nem csupán azok számára, akik önkísérletekre adják a fejüket, de azoknak is, akik a pszichedelikus szerhasználat kísérőjelenségeivel vagy következményeivel szembesülnek. A pszichedelikus folyamat megértése különösen releváns lehet a pszichedelikus önkísérleteket végző fiatalok szülei és tanárai, továbbá azon ügyvédek számára, akik a kapcsolódó jogi esetekkel foglalkoznak. A pszichedelikumokra vonatkozó elfogulatlan információnak nagy hasznát veszik azok a mentálhigiénés szakemberek, akik a pszichedelikus szerhasználatból eredő problémákat kezelik. Az LSD-használat nyomán fellépő krízishelyzetek és negatív utóhatások kezelésének jelenlegi gyakorlata sok kívánnivalót hagy maga után: a pszichedelikus folyamatot nem ismerő szakember a beavatkozásával gyakran többet árt, mint használ. Bár ez a könyv az LSD felügyelet mellett folytatott klinikai használatával foglalkozik, a benne foglalt információ a krízisintervencióban is jól hasznosítható. E téma kiemelt fontossága miatt a felügyelet nélkül folytatott LSD-kísérletek negatív következményeinek kezelésével a könyv egy speciális függelékben foglalkozik. Azok a személyek, akik ma már nem érintettek a pszichedelikus önkísérletezésben, de életük során valamikor szereztek ilyen irányú tapasztalatot, a könyvből megérthetik hajdani élményeik egyes aspektusait, és magyarázatot találhatnak azokra a jelenségekre, amelyek annak idején zavarba ejtették őket.

A pszichedelikus szerhasználat visszaszorítását célzó törvényi és adminisztratív rendelkezések kudarcra azt tükrözi, hogy a döntéshozók nincsenek tisztában a szóban forgó problémák természetével és mélységével. Az LSD hatásának és az általa facilitált transzformációs folyamatnak a mélyebb megértése a jogalkotókat is érdekes és fontos meglátásokkal gazdagíthatja. A könyvben közreadott anyag emellett lehetővé teszi azoknak az eseményeknek a megértését is, amelyek a világ számos országában folytatott és nemrégiben nyilvánosságra hozott katonai célú LSD-kísérletekhez köthetők.

Remélem, a könyv olvasása során érzékelné fogják azt a mély szomorúságot, amely amiatt tölt el, hogy a körülmények komplex összjátéka folytán le kellett mondanunk egy ilyen kivételes és erőteljes terápiás eszköztől, mint az LSD. Bármilyen legyen is az LSD-kutatások jövője, fontos, hogy tisztázzuk a pszichedelikumok körül kialakult félreértéseket, ha másért nem, azért, hogy méltóképpen zárhassuk le a pszichiátria történetének e lenyűgöző fejezetét. A pszichedelikus szerek hatékonyságát és ártalmatlanságát évszázadok - egyes kultúrák esetében évezredek - gyakorlata tanúsítja. Ezeket a szereket az emberi történelem során számos kultúra használta a sámáni praxis, a gyógyító ceremóniák vagy a vallási rituálék kontextusában. Megvan rá az esély, hogy a jövőben mi is újra végezhessünk majd ilyen irányú kutatásokat. De ha erre nem is kerül sor, az eddig összegyűlt anyag akkor is hatalmas elméleti jelentőséggel és heurisztikus értékkel bír.

A pszichedelikus kutatásból származó megfigyelések némelyike annyira mélyreható és messzire vezető, hogy azt egyetlen tudós sem hagyhatja figyelmen kívül, aki valamennyire is érdeklődik az emberi tudat iránt. Ezek a megfigyelések a legalapvetőbb tudományos paradigmáinkat is megingathatják. Az új felfedezések és megfigyelések jelentősen kibővítik a pszichéről alkotott modellünket, feltárják a terápiás változás és a személyiségtranszformáció eddig ismeretlen mechanizmusait, újradefiniálják a pszichoterápia stratégiáját és céljait, valamint rávilágítanak a spiritualitás emberi életben betöltött szerepére. Ezeknek a felfedezéseknek az értéke nem függ az LSD-terápia jövőjétől. Az új ismeretek közvetlenül alkalmazhatóak a psziché mélyebb szintjeit szermentes módszerekkel feltáró tapasztalati pszichoterápiákban, mint a Gestalt-gyakorlat, a bioenergetika, a neoreichianus megközelítések, az ős-sikoly terápia vagy a rebirthing különféle változatai. Ezek a megközelítések lényegében a pszichedelikus terápia útját követik, de a bennük rejlő lehetőségeket csak akkor aknázhatjuk ki teljesen, ha sikerül túllépniük a hagyományos elméleti rendszerek korlátain. Az új felfedezések minden területen jól hasznosíthatók, ahol a szokványostól eltérő tudatállapotokat nem kémiai úton váltják ki: a hipnózis kreatív formáinál, a Robert Masters és Jean Houston által kifejlesztett "tudati játékoknál" (67), valamint olyan, a tudatállapot megváltoztatására szolgáló kísérleti technikáknál, mint az érzékmegvonás, az érzékek túlstimulálása, a kinesztetikus eszközök alkalmazása vagy a biofeedback. Ebben a kontextusban hangsúlyoznunk kell, hogy a tudat pszichedelikus kutatásból kibontakozó új térképe a különféle spirituális tradíciók alapvető elemeit is magában foglalja. Ezzel fontos lépést tettünk afelé, hogy áthidaljuk a különféle vallási rendszerek és a pszichológia egyes iskolái között tátongó űrt.

A pszichedelikus kutatásból származó eredményeknek a pszichiátria és a pszichológia területén messze túlmutató jelentősége van: ezek fontos megfigyelésekkel szolgálhatnak számos más diszciplína, köztük az antropológia, a szociológia, a politika, az általános gyógyászat, a szülészet, a tanatológia, a vallás, a filozófia, a mitológia és a művészetek területén is.

A legmeglepőbb és legizgalmasabb kapcsolatokat talán a pszichedelikus megismerésből származó megfigyelések és a modern fizika felfedezései között találjuk. Az LSD-üléseken szerzett, sokszor kihívást jelentő tapasztalatok, amelyek a karteziánus-newtoni modellbe nem, vagy csak nehezen illeszthetők be, teljesen kompatibilisek a kvantum-relativisztikus fizika felfedezései nyomán kialakuló új világgéppel. A miszticizmus, a fizika és a tudatkutatás egyre gyorsuló konvergenciájára való tekintettel nem túlzás kijelenteni, hogy pszichedelikus kutatásaink a valóság természetére vonatkozó ismereteinkhez is jelentősen hozzájárulhatnak.

Stanislav Grof,
Big Sur, Kalifornia
1979 áprilisa

ELŐSZÓ A MÁSODIK KIADÁSHOZ

E könyv első kiadása 1980-ban jelent meg. Ennél rosszabb időpontot nem is választhattam volna: eddigre a világ jelentős részén a szigorú törvényi korlátozások következtében felhagytak a pszichedelikus terápia gyakorlatával. Ezen korlátozások megnehezítették - illetve nagyrészt lehetetlenné tették - a téma további tudományos kutatását. Az LSD-ről alkotott kép ma nem az idők során felhalmozódott, kötetekre rúgó tudományos irodalmon, hanem a tömegmédiá által közvetített "szenzációkon" alapul. A média azonban csak a felügyelet nélkül lefolytatott önkísérletek során bekövetkező balesetekről számolt be, illetve tudományosan megalapozatlan rémhíreket terjesztett arról, hogy ez az anyag kromoszóma-károsodást vagy genetikai károsodást okozna. Ilyen körülmények között úgy tűnt, könyvem nem lesz több a pszichiátria történetének egy rövid, átmeneti periódusáról szóló izgalmas beszámolóval.

A fentiek tükrében célszerű szót ejtenem azokról a fejleményekről, amelyek e könyv újabb kiadását indokolják. Azt, hogy a pszichedelikus kutatásból származó megfigyeléseinket mind a tudóstársadalom, mind a közvélemény elé tárjuk, leginkább e megfigyelések forradalmi jellege indokolja. Erősen hiszem, hogy az eredmények elfogulatlan, rendszerezett vizsgálata olyan mélyreható és radikális változást fog hozni az emberi psziché és a valóság természetéről alkotott képünkben, mint amelyet a relativitás- és kvantumelmélet hozott a fizikában.

Ehhez azonban feltétlenül meg kell értenünk, és el kell fogadnunk a tényt, hogy az LSD és más pszichedelikumok mindössze a pszichés folyamatok nonspecifikus katalizátorai. Ezt tükrözi az elnevezés is, amelyet Humphrey Osmond az anyagok e csoportjának adott: a görög eredetű "pszichedelikus" szó közvetlen fordításban "tudat-manifestálót" jelent. Az emberkísérletekben használt dózisok egyetlen klasszikus pszichedelikum (LSD, pszilocibin, meszkalin) esetén sem járnak jól definiálható farmakológiai hatással. Ezek a szerek mindössze megnövelik a psziché és a test "energianívóját", és ezzel észlelhetővé teszik (manifestálják) az egyébként látens pszichológiai folyamatokat.

Az e szerekkel kiváltható élmények nem pusztán a szerek és az agy farmakológiai kölcsönhatásának eredményei (azaz nem "toxikus pszichózisokról" van szó), hanem a psziché hiteles megnyilvánulásai, amelyek felfedik előttünk a tudat normál körülmények között nem észlelhető szintjeinek működését. Az a személy, aki LSD-t vesz be, nem az "LSD-élményt" éli át, hanem kirándulást tesz saját pszichéjének mély rétegeibe. Ha a szert ugyanakkora dózisban, megegyező körülmények között több ember is beveszi, mindegyikük más élményt él át, és mindegyikük olyat, amely saját pszichéje sajátosságait tükrözi. Az élmények tartalma ugyanazon személy ismételt kísérletei során is változik, méghozzá jellegzetes fejlődési trendet követve.

Mindezeket figyelembe véve nem elhamarkodott az az állítás, hogy a pszichedelikumoknak - felelősségteljes használat és kellő elővigyázatosság mellett - hasonló szerepe lehet a pszichiátriai munkában, mint a mikroszkópnak a biológus, vagy a teleszkópnak a csillagász kezében. Ezek az eszközök lehetővé teszik, hogy olyan fontos folyamatokat figyeljünk meg, amelyek normál körülmények között nem vizsgálhatók. E könyv első kiadásában azt írtam, hogy az LSD-t a legjobb úgy felfogni, mint a pszichológiai folyamatok nonspecifikus erősítőjét. Ha maradtak is volna kétségeim e felől, a holotróp légzésterápiánk során szerzett tapasztalatok birtokában biztosan szertefoszlottak volna. A holotróp légzés egy hatékony terápiás és önismereti módszer, amelyet feleségemmel, Christinával közösen fejlesztettünk ki, és világszerte számos szemináriumon, illetve tanfolyamon használtunk fel. A módszer olyan egyszerű, nem farmakológiai típusú elemekre épül, mint a gyorsított légzés és a meditatív zene, továbbá tartalmaz néhány testi gyakorlatot, amelyek célja az elfojtott érzelmek és a személyiségben rejlő, legátlódott fizikai energiák felszínre hozása, kieresztése. Mint azt a módszer elméletét és gyakorlatát részletesen tárgyaló *The Adventures of Self-Discovery* című könyvemben is leírtam, a holotróp légzésterápia során fellépő élmények spektruma gyakorlatilag megegyezik a pszichedelikus élményekével.

A pszichedelikus és a holotróp élmények nem írhatók le, és nem is tárgyalhatók abban az akadémiai pszichiátria és pszichológia által elfogadott szűklátókörű, felületes modellben, amely az egyénnek pusztán biológiai adottságaira, születés utáni élményeire, illetve a freudi egyéni tudatalattira szorítkozik. Az e téren folytatott elmélyült tudományos munka a pszichének olyan, nagy mértékben kiterjesztett térképét igényli, amelynek számos területe a hagyományos kutatás számára fehér folt maradt. Ebben a könyvemben

megismertetem az olvasót a saját kutatásaimból származó térképpel, amely két további területtel egészíti ki a psziché hagyományos felfogását: a *perinatális* (születés körüli) és a *transzperszonális* szinttel.

A psziché perinatális és transzperszonális szintjeiről eredő megnyilvánulások magukban foglalják a pszichológiai halál és újjászületés élményét, az archetipikus létezőkkel való találkozásokat, a különféle kultúrák mitologikus lényeinek világába tett látogatásokat, az előző inkarnációk emlékeit, az érzékeken túli észlelést, a testen kívüli élményeket, valamint a kozmikus, egyesített tudatállapotokat. Ezek a jelenségek kivétel nélkül az emberi psziché mélyében zajló folyamatok természetes és normális megnyilvánulásai.

Számos ilyen jellegű élményről számolnak be a sámáni rítusokról, beavatási szertartásokról, gyógyító eljárásokról, illetve halál-újjászületés misztériumokról szóló dokumentumok, de bőséges anyagot szolgáltat több keleti spirituális filozófiai rendszer, illetve misztikus tradíció hagyománya is. Világosan látszik, hogy ha komolyan törekszünk a spiritualizmus és a vallás megértésére, akkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül a psziché perinatális és transzperszonális dimenzióját. Minden olyan törekvés, amely ezeket a jelenségeket a newtoni-kartezianus tudomány által jelenleg használt pszichéelmélet szűklátókörű és felületes kontextusában kívánja értelmezni, szükségszerűen az emberiség spirituális hagyományának komoly eltorzításához és patalogizálásához vezet.

Ha ugyanis ebből a perspektívából vizsgálódunk, akkor a világ nagy vallásainak alapítói - csakúgy, mint a próféták, szentek és más kiemelkedő tanítók, akiknek mind voltak látomásos élményeik - egytől-egyig pszichotikusok. A sámánokat e szemlélet szerint ambuláns kezelést igénylő szkizofrénekként, esetleg hisztérikus vagy epilepsziás személyekként kell számon tartanunk. Ebben a megközelítésben a vallás és a spiritualizmus nem más, mint babona, gyerekes visszamaradottság, a tanulatlanság eredménye, amelyet a primitív és tárgyias gondolkodás, esetleg valamilyen mentális betegség jellemez. A nyugati tudósok korlátolt pszichéelfogásuk következtében hasonlóképpen betegesnek ítélik a törzsközösségi társadalmak rituális szertartásait és spirituális életét, mivel ezek a jelenségek az általuk használt elméleti modellbe nem illeszthetők be.

A fentiekén kívül számos más jelenség is kibújik a redukcionista nyugati tudomány értelmezési kereteiből, köztük a halálközeli élmények, az UFO-eltérítésekről szóló beszámolók, a különféle parapszichológiai megnyilvánulások, illetve azok az élmények és jelenségek, amelyek a hipnózis egyes formáit, illetve a holotróp légzésterápián kívüli egyéb hatékony tapasztalati módszereket kísérik. Ezekre jó példa a biofeedback tréning, az érzékdepriváció, az érzékek túlstimulálása, a különféle elektronikus és kinezetikus eszközök alkalmazása, vagy a tudatos álmodás.

Korunk pszichiátereit tanácstalanul állnak a pszichés állapotok egy jelentős csoportja - az ún. "ismeretlen eredetű mentális zavarok" - előtt, amelynek egyes eseteit - jobb híján - funkcionális pszichózisként diagnosztizálják. Ha a psziché felfogásában helyt adunk a perinatális és a transzperszonális szinteknek, akkor ezek a "betegségek" pszichospirituális krízisek vagy spirituális vészhelyzetek alakját öltik. Megfelelő megértésükkel és a vonatkozó élmények minél teljesebb átélésével ezek az állapotok érzelmi és pszichoszomatikus gyógyuláshoz, mély személyiségváltozáshoz és a tudat fejlődéséhez vezethetnek.

Az emberi psziché e könyvben felvázolt, kiterjesztett térképét eredetileg az LSD-vel és más pszichedelikumokkal végzett kísérleteim során alkottam meg, de ez a térkép ugyanúgy alkalmazható a fenti esetek bármelyikére is. A térkép lehetővé teszi számos olyan jelenség értelmezését, amelyet a hagyományos pszichiátria és pszichológia kénytelen elutasítani, patalogizálni, vagy csak felületes és nem kielégítő magyarázatot tud adni rá. Az új eredmények azonban többet kínálnak a psziché felülvizsgált és kiterjesztett elméleti modelljénél. A pszichedelikus kutatás eredményeinek zöme közvetlen gyakorlati haszonnal bír, és a feltárt alapelvek jól alkalmazhatóak a pszichoaktív szerek használatát nélkülöző terápiás eljárásokban is. Ilyen eredmények az érzelmi és a pszichoszomatikus rendellenességek, köztük egyes pszichózisok természetének és szerkezetének új, forradalmi megközelítése, a pszichedelikus terápia gyakorlatában kifejlesztett új terápiás technikák, valamint a gyógyítás, a személyiségformálás és az önmegismerés új, hatékony módszerei.

A pszichedelikus szerek kiváltotta tudatállapotok kutatása két módon befolyásolhatja a jövőt. Az elért eredmények egyrészt meghatározzák a kutatás további sorsát, másrészt komoly elméleti és gyakorlati jelentőséggel bírnak az emberi psziché és a tudat természetének tanulmányozásában. Hogy a pszichedelikumok vissza fognak-e térni a pszichiátriába, és ismét részévé válnak-e a terapeuták eszköztárának, ez bonyolult kérdés, amelyet nagy valószínűséggel nem a tudományos kutatás eredményei, hanem a politikai, jogi, gazdasági és tömegpszichológiai tényezők együttesen fognak eldönteni.

Az eddigi életem során levezetett több, mint négyezer pszichedelikus kísérlet nyomán mély tisztelet alakult ki bennem e szerek, illetve a bennük rejlő pozitív és negatív lehetőségek iránt. Ezek a szerek

rendkívüli eszközök, és mint minden ilyen eszköz, használhatóak intelligensen, de helytelenül és romboló hatással is. Annak a kérdésnek, miszerint az LSD lenyűgöző gyógyszer-e, avagy az "ördög drogja", körülbelül annyi értelme van, mint egy hasonló kérdésnek a kések pozitív, illetve negatív tulajdonságait illetően. Nyilván teljesen más választ kapunk egy sebésztől, aki a kések használhatóságát sikeres operációi alapján ítéli meg, mint egy rendőrfőnöktől, aki véleményét a késsel elkövetett gyilkosságokra alapozza. Hasonlóképpen az LSD-ről kialakított kép is változik aszerint, hogy a szer felelősségteljes klinikai és spirituális használatára, a felnövekvő generációk naiv és felelőtlen önkísérletezésére, vagy a katonaság és a CIA nyíltan destruktív kísérleteire gondolunk.

A pszichedelikus szerek fogyasztásának következményeit rendkívüli mértékben meghatározza a set és a setting. Amíg e tényezők szerepével nem vagyunk tisztában, addig semmi reményünk nincs a pszichedelikus drogokkal kapcsolatos törvényi rendelkezések racionális alapra helyezésére. Én személy szerint úgy vélem, hogy megfelelő elővigyázatosság és felkészültség mellett a pszichedelikumok használatából fakadó előnyök messze felülmúlják a lehetséges veszélyeket. Ezt az álláspontomat támasztja alá, hogy sámánok, gyógyítók, sőt teljes kultúrák évszázadok óta használják ezeket a szereket biztonságos rituális és spirituális célokra. Sajnos a nyugati iparosodott civilizáció mindeddig nem tudta megállni, hogy felfedezéseit ne fordítsa rosszra, így félok, hogy a pszichedelikumok sem kerülhetik el ezt a sorsot - hacsak nem jutunk mindannyian egy magasabb tudatszintre és érzelmi érettségre.

Biztató, hogy a nyugati társadalom ma sokkal könnyebben képes asszimilálni a pszichedelikus szerek használatát, mint a 60-as évek generációja. Abban az időben, amikor a pszichiáterek és pszichológusok először kezdtek kísérletezni az LSD-vel, a hivatalos álláspont szerinti pszichoterápia a civilizált, négy szemközti zajló beszélgetéseket, illetve a díványon történő "szabad asszociációt" jelentette. Az intenzív érzelmeket és az aktív lereagálást zavaró tényezőkként értelmezték. A pszichedelikus kísérletekben azonban fölöttébb gyakoriak voltak a drámai érzelmek, a pszichomotoros izgatottság, valamint az élnék percepciók változások.

Egy pszichedelikus kísérlet során előforduló jelenségek a kor pszichiáterének szemében közelebb álltak azokhoz a beteges zavarokhoz, amelyeknek megszüntetése és elkerülése a pszichiátria fő feladata lett volna, mint olyan állapotokhoz, amelyeknek bármilyen terápiás hasznát lehetett volna tulajdonítani. Ezt a hozzáállást tükrözik a kor által alkotott kifejezések: a "hallucinogén" vagy a "kísérleti pszichózis". A pszichedelikus kísérletek rendszerint jobban hasonlítottak a primitív népek életéből vett, antropológiai filmekből ismert, sámáni rituálékat ábrázoló jelenetekre, mint egy pszichoanalitikus irodájában zajló higgadt terápiára.

Ráadásul a pszichedelikus terápia során tett megfigyelések közül több alapvetően megkérdőjelezi azt a képet, amelyet a newtoni-karteziánus tudomány az emberi pszichéről és az univerzumról alkotott, és amelyet ma az "objektív valóság" pontos és jól definiált leírásának tartanak. A pszichedelikus terápiában részt vevő személyek más emberekkel, állatokkal, vagy a természet egyéb aspektusaival való azonosulásról számoltak be, és ennek kapcsán olyan információhoz jutottak hozzá, amelyről nem rendelkeztek korábbi tapasztalattal. Ugyanez mondható el az ősök életébe, illetve a faji, kollektív vagy karmikus emlékekbe történő alámerülésekről.

Esetenként az új információ olyan élményekből származott, amelyekben archetípusok, vagy a világ kultúráinak mitológikus lényei jelentek meg. A kísérleti alanyok testen kívüli élményeik során gyakran számoltak be távoli helyeken zajló eseményekről, amelyek kívül estek az érzékeik körén. Míg az ilyen és ehhez hasonló jelenségek a hagyományos materialista tudomány nézőpontjából nem lehetségesek, a pszichedelikus kísérletek során nap mint nap előfordulnak, ami komoly dilemmát állít a hagyományos képzést kapott kísérletezők elé. Ennek hatására sok kutató döntött úgy, hogy inkább távol marad ettől a területtől, csak hogy megőrizhesse tudományos világképét, illetve a józan esztét.

Az elmúlt három évtizedben forradalmi változások zajlottak le a pszichoterápia világában, amelyek jelentősen kihatottak a lélek kutatóinak gondolkodásmódjára. A humanista és a transzperszonális pszichológia által kidolgozott új módszerek nagy hangsúlyt fektetnek a mély regresszióra, az intenzív érzelmek közvetlen kifejezésére, valamint a fizikai energiák felszabadítását szolgáló testi gyakorlatokra. Az új eljárások gyakorlati alkalmazása során fellépő élmények és megnyilvánulások, illetve maguk a terápiás módszerek nagy hasonlóságot mutatnak a pszichedelikus terápiával. Mint azt korábban a holotróp légzésterápia kapcsán már említettem, e szermentes módszerek használata során a pszichedelikus terápiából ismert élményekkel és elméleti problémákkal szembesülünk. Azon terapeuták számára, akik a pszichiátria e területein dolgoznak, a pszichedelikus szerek bevezetése nem a jelenlegi gyakorlatuk drámai megreformálását, hanem sokkal inkább a logikus következő lépést jelentené.

A newtoni-karteziánus világszemléletet, amely a 60-as években még nagy népszerűségnek és tekintélynek örvendett, mára a számos területen elért megdöbbentő eredmények mélyen aláásták. A hagyományos gondolkodásmód e megrendülése olyan méreteket öltött, hogy napjainkban számos tudós érzi szükségét egy teljesen eltérő világgép, egy új tudományos paradigma kialakításának. A kvantumfizika, David Bohm holokinézis-elmélete, Karl Pribram holografikus agyelmélete, Ilya Prigogine disszipatív struktúra elmélete, Rupert Sheldrake morfogenetikus mezőelmélete vagy Gregory Bateson brilliáns antropológiája és pszichológiája csak néhány példa erre a változásra. Bátorító, hogy az új elméletek, amelyek a hagyományos tudományos világgéppel feloldhatatlan ellentmondásban vannak, tökéletesen illeszkednek a modern tudatkutatás és a transzperszonális pszichológia eredményei mellé.

Gyakorlati szempontból említést érdemel, hogy Svájcban ismét elkezdődött a pszichedelikus szerekkel folytatott törvényes kísérletezés, és az USA-ban is több kutatás indult újtárra a közelmúltban. A pszichedelikus terápia jövője azonban - az ígéretes fejlődés ellenére - egyelőre bizonytalannak tűnik. Más a helyzet, ha a pszichedelikus terápia által a psziché és az emberi tudat kutatásában elért forradalmi eredményeket nézzük; ezen eredmények pszichiátriára és pszichológiára gyakorolt hatása független a konkrét terápiás módszer sorsának alakulásától. Mióta világossá vált, hogy a szóban forgó jelenségek a psziché sajátos megnyilvánulásai, amelyek számos, a pszichoaktív szerek használatát nélkülöző szituációban is jelentkeznek, azóta ezeket a jelenségeket az emberi psziché megértésére irányuló minden komoly törekvésnél számításba kell venni.

Amennyiben a pszichedelikus terápia során megfigyelhető jelenségek kivétel nélkül a "toxikus mérgezés" tünetei volnának, az egyéb tudományágak képviselői joggal hagyhatnák figyelmen kívül, ami ezen a területen történik. Bárki lehet kiváló kutató a saját szakterületén anélkül, hogy információval rendelkezne a pszichoaktív szerek egy egzotikus csoportjának farmakológiai hatásáról. Ám egészen más a helyzet, ha azokat a megfigyeléseket hagyjuk figyelmen kívül, vagy értelmezzük félre, amelyek az ősi keleti spirituális gyakorlatokból, a természeti népek rituáléi során fellépő transzállapotokból, a halálközeli élményekből, a nem farmakológiai alapú kísérleti pszichoterápiás eljárásokból vagy a pszichospirituális krízisekből származnak. E jelenségek figyelmen kívül hagyása már makacs ragaszkodást jelent a psziché felületes és nem kielégítő modelljéhez, és inkább hasonlít a vallásos fundamentalizmushoz, mint a valódi tudományos szemlélethez.

Az egész problémakör legkritikusabb pontját a hagyományostól eltérő tudatállapotok ontológiai státusza jelenti - úgy tekintünk-e ezekre, mint patológikus állapotokra, amelyeket kivétel nélkül el kell nyomni, vagy mindennapi tudatállapotunk alternatíváiként kezeljük őket, amelyek hozzájárulhatnak pszichénk megértéséhez és rendkívüli gyógyító lehetőségeket rejtnek magukban. Az első álláspontot az eddig létrejött emberi közösségek közül egyedül a mi nyugati iparosodott civilizációnk tette magáévá. Az ősi természeti társadalmak mindegyike nagy becsben tartotta a hagyományostól eltérő tudatállapotokat, és számos célra használta őket: diagnosztizálásra, gyógyításra, rituális, spirituális vagy vallásos célra, érzékfeletti észlelésre vagy művészi inspirációra. Ezek a kultúrák jelentős időt és energiát fektettek abba, hogy különféle módszereket fejlesszenek ki ezen állapotok előidézésére, köztük számos olyat is, amely nélkülözi a pszichedelikus növények használatát.

Michael Harner, a jól ismert antropológus, aki az amazóniai őserdőben maga is átesett a sámáni beavatáson, azt írja, hogy a nyugati pszichológia és pszichiátria két alapvető előítéléssel rendelkezik. Egyrészt *etnocentrikusak*, azaz saját álláspontjukat minden más kulturális közösségénél magasabbra tartják, és minden olyan tevékenységet, viselkedést betegesnek ítélnék, amely saját fogalmi rendszerükbe nem fér bele. Harner a második jelentős előítéletnek a *kognicentrikusság* nevet adta, jóllehet a *pragmacentrikusság* megfelelőbb fogalom lenne. Ez alatt azt érti, hogy a nyugati akadémikus pszichológia és pszichiátria elméletei kizárólag a hagyományos tudatállapotban tett tapasztalatokra és megfigyelésekre épülnek (az egyetlen kivételt talán az álmok jelentik). A hagyományostól eltérő tudatállapotokból származó bármely bizonyítékot szisztematikusan figyelmen kívül hagynak vagy betegesnek minősítenek.

Itt válik nyilvánvalóvá a pszichedelikus terápia során feltárt ismeretanyag fontossága. Ezek a kutatások a legszélsőségesebb és legdrámaibb példáját nyújtják annak a kihívásnak, amelyet a hagyományostól eltérő tudatállapotok vizsgálata a tradicionális, newtoni-karteziánus tudomány számára jelent. Az e műben összefoglalt bizonyítékok rendszerezett és elfogulatlan tanulmányozása arra ösztönöz, hogy alapjaiban vizsgáljuk felül az emberi pszichére és a tudat természetére vonatkozó elgondolásainkat. Ez pedig az érzelmi és pszichoszomatikus betegségek, továbbá a terápiás eljárások és az önmegismerés folyamatának gyökeresen új szemléletéhez vezet. A hagyományostól eltérő tudatállapotok vizsgálatából leszűrt tapasztalatok némelyike nem csak az emberi pszichére, hanem általában a valóság természetére vonatkozó hiedelmeink

felülvizsgálatára is kötelez. Egy jellemző példa, amikor a halál közelébe kerülő ember képes érzékei felhasználása nélkül észlelni nemcsak azt, ami közvetlen környezetében, de azt is, ami különféle távoli helyeken történik. Az ilyen jellegű megfigyelések komolyan megkérdőjelezzik a nyugati tudományfilozófia legalapvetőbb téziseit.

A fentiek figyelembevételével ez a könyv jóval több, mint pusztán a pszichedelikumokra és a használatukra vonatkozó információk tárháza. Az itt leírtak minden bizonnyal érdekelné fogják azokat a terapeutákat, akik a felelőtlen önkísérletezés áldozatait kezelik, továbbá azokat, akik a jövőben maguk is szeretnék pszichedelikus terápiát folytatni. A könyv hasznos lehet azok számára, akik már megismerkedtek a pszichedelikus tudatállapotokkal, de szeretnék elmélyíteni ez irányú ismereteiket, továbbá haszonnal forgathatják a téma iránt érdeklődő laikusok is. A valódi jelentősége azonban túlmegy ezen: ez a könyv leírás ad az emberi psziché legmélyebb folyamatairól és e folyamatok külső megnyilvánulásairól, amint azok a számtalan, hagyományostól eltérő tudatállapotban manifesztálódnak. Mivel az e könyvben összegyűjtött tapasztalatok és megfigyelések alapvetően befolyásolhatják a tudat, az ember és a valóság természetéről alkotott felfogásunkat, az itt közöltek mindenkihez el kéne, hogy jussanak, aki komolyan érdeklődik e kérdések iránt.

Stanislav Grof,
1993 novemberében

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Több barátomnak is mély hálával tartozom azért, hogy egyengették utamat a könyv megírása felé vezető úton. Dr. George Roubíček, a prágai Károly Egyetem pszichiátriai tanszékének professzora tanítóm és tudományos vezetőm volt az 1956-ban lefolytatott első LSD-ülésem idején. Ez az ülés életre szóló érdeklődést keltett bennem a szokványostól eltérő tudatállapotok iránt. Köszönettel tartozom Dr. Miloš Vojtěchovskýnek, a pszichedelikus kutatási program vezetőjének, aki amellet, hogy felhívta a figyelmemet több új pszichedelikus szerre, a tudományos kutatás alapelveivel és módszertanával is megismertetett.

Az e könyvben kifejtett elméleti rendszer kialakításában döntő szerepe volt annak a munkának, amelyet Csehszlovákiában, a prágai Pszichiátriai Kutató Intézetben végeztem. Az intézet vezetője, Dr. Lubomír Hanzlíček hosszú éveken át megértően támogatta úttörő klinikai kutatásaimat. Mély hálával tartozom kollégáimnak, valamint a nővéreknek, akik valamennyien kivételes odaadásról és lelkesedésről tettek tanúbizonyságot.

Az Egyesült Államokba tett első utazásomat a connecticut-i New Havenben székelő Pszichiátriai Kutatási Alapítvány nagylelkű támogatásának köszönhetem. Dr. Joel Elkes, a baltimore-i Johns Hopkins Egyetemi Orvosi Iskola professzora állást ajánlott nekem a Henry Phipps Klinikán, ahol kezdetben klinikusként és kutató asszisztensként, majd később társprofesszorként dolgozhattam.

Az 1967-1973 közötti éveket a catonsville-i Maryland Pszichiátriai Kutatóközpontban töltöttem, ahol több csoport részvételével izgalmas pszichedelikus kutatómunka folyt. Szeretném külön megköszönni dr. A. A. Kurlandnek, a központ korábbi igazgatójának, valamint Spring Grove-i barátaimnak és kollégáimnak mindazt a segítséget és hozzájárulást, amellyel magánéletemet és munkámat gazdagították.

A kaliforniai Big Sur-ben fekvő Esalen Intézetnek meghatározó szerepe volt az életemben. 1965-ös első látogatásomtól kezdve számos lehetőséget kaptam rá, hogy szemináriumokat és workshopokat tartsak, továbbá kutatási eredményeimet megosszam a nyitott és érdeklődő hallgatósággal. Az Esalen Intézetre öt éve az otthonomként is tekinthetek, ami különleges érzelmi és intellektuális erőforrást jelent. Ez az intézet az emberben rejlő lehetőségek kutatásának különleges laboratóriuma, ahol szinte mindenki megfordult, aki az új típusú tapasztalati pszichoterápiák megformálásában szerepet vállalt. Az Esalenbe látogató szakemberekkel folytatott beszélgetéseim lehetővé tették, hogy az LSD-pszichoterápiából származó megfigyeléseket egy szélesebb elméleti kontextusba ágyazhassam. Ebből a szempontból kiemelkedő értékkel bírt az a kísérleti oktatási program, amelyet feleségemmel, Christinával szerveztünk az érdeklődő szakemberek számára. Ebben a programban szerves egységbe ötvöztük a didaktikus módszereket, az intrapszichikus eljárásokat és a csoportmunkát. Az ülésekre a mexikói és észak-amerikai sámánoktól kezdve az elméleti fizikusokig sokféle előadót meghívtunk, és az ebből kialakuló interdiszciplináris eszmecsere felbecsülhetetlen értékű inspirációs forrásnak bizonyult. Mély hálával tartozom Michael és Dulce Murphynek, Richard és Chris Price-nak, Julian Silvermannek, Janet Ledermannek, Beverly Silvermannek, Gregory és Lois Batesonnek, továbbá minden esaleni barátunknak szerető támogatásukért és az irántunk tanúsított megértésükért. Külön szeretném kiemelni Rick Tarnast, aki rendkívüli segítséget nyújtott a kézirat első változatának elkészültében, illetve Kathleen O'Shaughnessy-t, aki a végső változatot legépelte.

Szeretném megköszönni Louis és Hazel Valiernek, Edward Dreesennek és Joseph Chambeaunak azt az érdeklődést és támogatást, amelyet munkám iránt tanúsítottak.

Mély tisztelettel gondolok arra a több száz páciensre és LSD-alanyra, akik az évek során pszichedelikus kutatómunkám részesei voltak. Bizalmuk, elszántságuk és bátorságuk nélkül ez a könyv nem születhetett volna meg.

Stanislav Grof,
Big Sur, Kalifornia
1979 áprilisa

LSD PSZICHOTERÁPIA

1 AZ LSD-TERÁPIA TÖRTÉNETE

Az LSD és pszichedelikus hatásainak felfedezése
Az első laboratóriumi és klinikai kutatások
Terápiás kísérletezés az LSD-vel
Az LSD kemoterápiás tulajdonságainak vizsgálata
LSD-vel támogatott pszichoterápia
Az LSD-terápia átfogó elméletének szükségessége

AZ LSD ÉS PSZICHEDELIKUS HATÁSAINAK FELFEDEZÉSE

Az LSD-25-öt (lizergsav-dietilamid) elsőként Albert Hofmann szintetizálta 1938-ban, a Sandoz gyógyszergyár vegyészeti-gyógyszerészeti laboratóriumában, Svájcban, Bázelen. Mint a neve is mutatja, ez a szer kapta a huszonötös sorszámot a lizergsav amidjainak vizsgálata során előállított elegyek közül. Az LSD félszintetikus kémiai vegyület. Természetes alpmolekulája a lizergsav, az anyarozs-alkaloidák fő alkotóeleme, amelyhez a dietilamid-csoportot laboratóriumi úton adják hozzá. Kémiai képlete Stoll, Hofmann és Troxler (98) szerint a következő:

[kép: az LSD szerkezeti képlete]

Az anyarozs-alkaloidák fontos szerepet játszanak a gyógyászatban: méhösszehúzódtást váltanak ki, megszüntetik a nőgyógyászati vérzést, és használhatók a migrénes fejfájás enyhítésére is. A Sandozban folyó kutatások célja az volt, hogy megtalálják a legkedvezőbb terápiás tulajdonságokkal és a lehető legkevesebb mellékhatással rendelkező anyarozs-származékokat. Az LSD szintézisét követően a farmakológiai tesztet Ernst Rothlin professzor végezte el (88). A szer észlelhető méhösszehúzó hatást mutatott, és egyes kísérleti állatokban izgatottságot váltott ki. Ezek a hatások azonban nem voltak elég érdekesek ahhoz, hogy a szert tovább vizsgálják.

Az LSD sajátos tulajdonságaira végül egy véletlen baleset hívta fel a kutatók figyelmét. 1943-ban Albert Hofmann áttekintette az LSD farmakológiai vizsgálatainak eredményeit, és úgy döntött, alaposabban is megvizsgálja azt a központi idegrendszeri stimuláló hatást, amelyre az állatkísérletek eredményei utaltak. Mivel az LSD kémiai szerkezete hasonló a keringési rendszert stimuláló nikethamidéhoz (nikotinsav-dietilamid), ígéretesnek tűnt, mint esetleges analeptikus szer. Mivel Hofmann úgy érezte, a vegyület még rejteget valamit, a további kísérletek céljára új mintát szintetizált belőle. Pusztán az állatkísérletek alapján sosem észleltük volna, hogy az LSD-nek pszichedelikus hatása is van, hiszen ezek a reakciók kizárólag embernél jelentkeznek. Egy laboratóriumi baleset azonban a kutatók segítségére sietett: a véletlen furcsa játéka nyomán Albert Hofmann önkaratán kívül vált a tudománytörténet egyik legizgalmasabb és legbefolyásosabb kísérletének alanyává. Hofmann épp egy új LSD-minta szintézisén dolgozott, amikor a kondenzációs termékek tisztítása közben véletlenül a szerkezetébe került egy kisebb mennyiség. A tudós így számolt be az intoxikáció következtében fellépő érzékelési és érzelmi változásokról: (38)

"Múlt pénteken, 1943. április 16-án a délután közepén arra kényszerültem, hogy felhagyjak munkámmal. Haza kellett mennem, mivel sajátos nyugtalanság vett rajtam erőt, amelyet enyhe szédülés is kísért. Amint hazaértem, lefeküdtem és egy részegséghez hasonló, kellemetlennek nem nevezhető állapotba kerültem, amelyet a képzelet extrém aktivitása jellemezett. Mivel a nap fényét elviselhetetlenül élesnek találtam, lehunyt szemmel feködtem az ágyon. Révült állapotomban különleges plaszticitású és élénkségű, fantasztikus képek megszakítás nélküli áradata borított el, amelyet a színek intenzív, kaleidoszkóp-szerű játéka kísért. Két óra elteltével ez az állapot lassan alábbhagyott."

Miután visszatért szokásos tudatállapotába, Hofmann megsejtette, hogy kapcsolat lehet különleges élményei és az új szer között, amellyel a laboratóriumban dolgozott. Ugyanakkor nem tudta elképzelni, miként juthatott a szerkezetébe elengedő mennyiségű LSD ahhoz, hogy ilyen tüneteket produkáljon. Tanácstalanul állt a tünetek jellege előtt is. Egyáltalán nem hasonlítottak azokra, amelyeket az anyarozs-mérgezéssel általában kapcsolatba hoztak. Három nappal később elhatározta, hogy sejtését szigorú

tudományos ellenőrzésnek veti alá, így előre megfontolt szándékkal elfogyasztott egy adag ismert mennyiségű LSD-t. Mivel Hofmann konzervatív és óvatos ember volt, úgy döntött, elsősre mindössze 250 mikrogrammot vesz be.¹ A többi anyarozs-alkaloida hatásos dózisát tekintve ez a mennyiség elenyészően kicsi adagnak tűnt. Akkor még nem tudhatta, hogy az ember által ismert legerősebb pszichoaktív szerrel kísérletezik. Az adag, amelyet választott, és bármilyen előkészítés vagy a pszichedelikus állapotok ismerete nélkül elfogyasztott, ma magasnak minősül - az LSD irodalmában úgy utalnak rá, mint "egyszeri, elsőpró erejű dózissra." A klinikai gyakorlatban használatát hosszú órákig tartó pszichoterápiás foglalkozás előzi meg, és képzett, tapasztalt vezető igényel, aki kezelni tudja az utazás során adódó esetleges komplikációkat.

A szer elfogyasztása után 40 perccel Hofmann szédülni kezdett és fokozódó nyugtalanság vett rajta erőt. Nehezebbre esett a koncentráció, vizuális érzékelésében rendellenességeket tapasztalt, és ok nélküli, erős kényszert érzett a nevetésre. Eredetileg azt tervezte, hogy a kísérlet lefolyását a labornaplóban dokumentálja, de egy idő után felhagyott ezzel, mert belátta, hogy a feladatot lehetetlen végrehajtani. A következő részlet egy későbbi jelentésből származik, amelyet Stoll professzor számára készített: (38)

"Ezen a ponton a labornapló véget ér, az utolsó szavakat már csak nagy nehézségek árán tudtam leírni. Megkértem labor-asszisztensem, hogy kísérjen haza, mivel sejtettem, hogy a múlt pénteki tudatzavar megismétlődésére számíthatok. Miközben kerékpárjainkon hazafelé tartottunk, világossá vált, hogy a tünetek ezúttal jóval erősebben jelentkeznek, mint múlt alkalommal. Csak nagy nehézségek árán tudtam összefüggően beszélni, látóterem hullámzott, és a tárgyak eltorzultak, mintha egy görbe tükörben szemlélném a világot. Azt éreztem, hogy nem mozdulunk el a pontról, ahol állunk, holott asszisztensem később tanúsította, hogy jó tempóban haladtunk. Hazaérkezésemet követően hívtuk a család orvosát.

Mire az orvos megérkezett, a krízis tetőpontján már túl voltam. Emlékeim alapján az alábbi tünetek voltak a legjelentősebbek: szédülés, a vizualitás zavarai; a körülöttem lévő arca helyén groteszk, színes maszkok érzékelése, bénultsággal váltakozó motoros izgatottság, hullámokban jelentkező nehézség-érzés a fejben és a végtagokban, majd az egész testben (mintha ólommal töltötték volna meg a végtagjaimat), száraz, szorító érzés a torokban, fulladás-érzet. A helyzetemnek mindvégig világosan tudatában voltam. Előfordult, hogy független, részrehajlástól mentes szemlélőként figyeltem magam, amint félőrülten kiabálok vagy összefüggéstelenül dadogok. Esetenként azt éreztem, hogy a testemen kívül tartózkodom.

Az orvos megállapította, hogy gyenge a pulzusom, de a keringésem teljesen normális volt. Hat órával az LSD elfogyasztása után állapotom jelentős javulást mutatott, de a vizuális zavarok továbbra is markánsan jelen voltak. Minden hullámzott, a dolgok arányai eltorzultak, mintha mozgó víz felszínén szemlélném a tükröződések játékát. A tárgyak kellemetlen érzéseket keltő színekbe - főként a zöld és a kék beteges árnyalataiba - öltöztek, és ezek a színek állandóan váltakoztak. Amikor behunytam a szemem, színes, meglepően realiztikus és fantasztikus képek áradata borított el. Különösen érdekesnek találtam azt, ahogyan az akusztikus benyomások (pl. egy elhaladó autó zaja) optikai érzéketekké transzformálódtak: minden egyes hang egy neki megfelelő, színes hallucinációt váltott ki. Ezek a hallucinációk folyamatosan változtak, mind alakjukat, mind színüket tekintve, akárcsak egy kaleidoszkóp képei. Hajnali egy óra körül elaludtam, és csak másnap reggel ébredtem fel, tökéletes hangulatban."

Ez volt a történelem első megtervezett, tudatosan előkészített LSD-kísérlete, amely drámai és meggyőző módon bizonyította Hofmannak a szer tudatmódosító hatásáról alkotott hipotézisét. A Sandoz önkéntesein folytatott további kísérletek újabb bizonyítékkal szolgáltak arra, hogy a szer valóban különleges hatást gyakorol az emberi tudatra.

Az LSD történetének következő fontos szereplője Walter Stoll, Hofmann főnökének fia, aki elmeorvosként dolgozott a zürichi pszichiátriai klinikán. Stoll komoly érdeklődést mutatott az újonnan kifejlesztett pszichoaktív szer iránt, és elvégezte az első tudományos LSD-kutatást, amelynek során a szert egészséges önkénteseken és pszichiátriai betegeken próbálta ki. A két csoporton végzett megfigyelések eredményeit 1947-ben publikálta. (97) Beszámolója nyomán, amely szenzációt keltett a tudományos világban, több országban is indultak LSD-vel foglalkozó laboratóriumi és klinikai kutatások.

AZ ELSŐ LABORATÓRIUMI ÉS KLINIKAI KUTATÁSOK

A korai LSD-kutatások nagy részét erősen inspirálta és befolyásolta az ún. "modell-pszichózis"-megközelítés. Az LSD elképesztő hatékonysága, valamint az a tény, hogy már elenyészően kis mennyiség is mélyreható változást okoz az egyébként egészséges önkéntesek mentális működésében, újabb lökést adott az endogén

pszichózisok, különösen a szkizofrénia alapvetően biokémiai okát feltételező találgatásoknak. Egy mikroszkopikus, 25-100 mikrogramm nagyságú LSD-dózis már elegendő ahhoz, hogy a kísérleti személyek érzékelésében, érzelmeiben, gondolkodásában és viselkedésében a szkizofrén betegekénél is megfigyelhető változásokat idézzon elő. Elképzelhetőnek tartották, hogy az emberi test a metabolizmus során, bizonyos körülmények között, kis mennyiségben termelhet LSD-t vagy valamilyen hasonló molekulát. E csábító hipotézis szerint egy olyan endogén pszichózis, mint a szkizofrénia, elsősorban nem mentális zavar, hanem a szervezet és az agy önmérgezésének tünete, amelynek hátterében a test kémiai állapotjának kóros elváltozása áll. Ha mód nyílna rá, hogy normális önkéntesekben mesterségesen idézzük elő a szkizofrénia tüneteit, és komplex laboratóriumi vizsgálatokat végezzünk rajtuk az átmenetileg kiváltott "modell-pszichózis" előtt, alatt és után, akkor kulcsot kaphatnánk a pszichiátria legrejtélyesebb betegségének megértéséhez.

Az LSD felfedezését követő években számos kutatás tűzte ki céljává, hogy bizonyítsa vagy éppen cáfolja a "modell-pszichózis"-hipotézis érvényességét. E feltevés oly nagy hatással volt a tudományos közvéleményre, hogy sok éven át az LSD-üléseket - tényleges céljuktól függetlenül - "experimentális pszichozisként" aposztrofálták, az LSD-t és a hozzá hasonló szereket pedig hallucinogéneknek, pszichotomimetikumoknak (pszichozist szimuláló vegyület) vagy pszichodiszleptikumoknak (a pszichét szétziláló drog) nevezték. Ez a téves terminológia egészen 1957-ig tartotta magát, amikor Humphrey Osmond, egy Aldous Huxley-val folytatott, kölcsönösen érdekesítő eszmecsere-t követően megalkotta az e szerek valódi természetéhez lényegesen jobban illő "pszichedelikus" (tudat-manifesztáló vagy tudatot megnyitó) kifejezést. (74) A kezdeti években a kutatók rengeteg energiát fordítottak arra, hogy fenomenológiailag pontosan leírják az LSD-élményt, valamint meghatározzák a pszichedelikus állapotok és a szkizofrénia között fennálló hasonlóságokat és különbségeket, ahogy ezek a klinikai mérésekben, a pszichológiai tesztekben, az elektro-fiziológiai adatokban és a biokémiai eredményekben tükröződtek. Számos kutatás szolgáltatott adatot azokról a hatásokról, amelyeket az LSD a különféle fiziológiás és biokémiai funkciókra, a kísérleti állatok viselkedésére, izolált szervekre, szövetkultúrákra és az enzimikus rendszerekre gyakorol. A "modell-pszichózis"-hipotézis szempontjából kiemelt fontosságúak voltak azok a kísérletek, amelyek az LSD és a különféle egyéb szerek között lehetséges ellenhatásokat vizsgálták: ha az LSD hatását egy másik szer előzetes vagy párhuzamos adagolása révén blokkolni lehetne, az új kutatási területeket nyitna a pszichiátriai rendellenességek farmakoterápiájában. Ebben az időszakban fogalmazták meg a szkizofrénia több biokémiai hipotézisét is: egyesek konkrét kémiai anyagokat, mások teljes metabolikus ciklusokat feltételeztek e betegség elsődleges okaként. A számos elmélet közül a legtöbb figyelmet Woolley és Shaw szerotonin-hipotézise kapta. (104) Elképzelésük szerint az LSD azzal vált ki abnormális mentális működést, hogy interferál az agy egyik neurotranszmitterével, a szerotoninnal (5-hidroxi-triptamin). Feltételezték, hogy hasonló biokémiai mechanizmus játszhat szerepet a szkizofrénia kialakulásában is.

A szerotonin-hipotézist, amelyet redukcionista és leegyszerűsítő megközelítése miatt egyformán kritizáltak a pszichoanalitikusan vagy fenomenologikusan orientált klinikusok és a biokémikusok, végül a kutatók többsége elvetette. Az idő előrehaladtával egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy az LSD-kiváltotta állapotnak sok olyan jellemzője is van, amely világosan megkülönbözteti azt a szkizofréniaétól. A szkizofrénia lehetséges okaként posztulált biokémiai mechanizmusok egyikét sem támasztották alá egybehangzóan a kutatások során gyűjtött klinikai és laboratóriumi adatok. E fejleményeket figyelembe véve megállapíthatjuk, hogy a "modell-pszichózis"-megközelítés nem vezetett el a szkizofrénia etiológiája körüli problémák megoldásához. Nem találtuk meg a csodaszert, amellyel kémiai úton tudnánk gyógyítani ezt a rejtélyes betegséget. Ám a remény, hogy ezek a törekvések sikerrel járnak, sok tudósnak adott erőteljes inspirációt, és az e szellemben végzett kutatások döntő módon járultak hozzá az ötvenes és hatvanas évek neurofiziológiai és pszichofarmakológiai forradalmához.

Az LSD különleges hatásai rendkívül hasznosnak bizonyultak egy másik területen: a *mentálhigiénés szakemberek képzésében*. Az első kutatások idején a didaktikai céllal folytatott LSD-ülésekre úgy tekintettek, mint a pszichiáterek, pszichológusok, orvostanhallgatók és pszichiátriai szakápolók képzésének páratlan eszközére. Úgy tartották, hogy az LSD rövid, biztonságos és visszafordítható betekintést nyújt a szkizofrén betegek világába. Számos könyv és cikk hívta fel a figyelmet, hogy már egyetlen pszichedelikus élmény is jelentősen megnövelheti az átélő képességét, hogy megértse a pszichotikus betegek problémáit, így érzékenyebben közelítse meg és hatékonyabban kezelje őket. Bár a "modell-pszichózis"-teóriát a kutatók többsége elvetette, az LSD által kiváltott mélyreható pszichés változások átélése továbbra is értékes tanulási lehetőséget nyújt azoknak a klinikusoknak és elméleti szakembereknek, akik az abnormális mentális állapotok kutatásával foglalkoznak.

Az LSD-vel kapcsolatos korai kutatások értékes meglátásokhoz vezettek a kreatív folyamat természetével kapcsolatban, és *hozzájárultak a művészet pszichológiájának és pszichopatológiájának mélyebb megértéséhez* is. Az LSD által kiváltott esztétikai élmények a kísérletek számos résztvevőjét vezették el a modern művészeti mozgalmak, és általában a művészet újfajta értékeléséhez. A festők, szobrászok és zenészek hamar az LSD-kutatók kedvenc kísérleti alanyaivá váltak, mert a szer hatása alatt szokatlan, a hagyományokat felrúgó, izgalmas művészeti alkotásokat hoztak létre. Közülük néhányan képesek voltak rá, hogy alkotásaikon át kifejezzék és megfoghatóvá tegyék a pszichedelikus élmények természetét és ízét, amelyek a verbális kifejezési próbálkozásoknak makacsul ellenállnak. A nap, amelyen egy művész életében először kapott LSD-t, gyakran drámai és könnyen felismerhető mérföldkőként azonosítható be az illető pályáján.

Hasonlóan mély befolyást gyakorolt az LSD kutatása *a vallás pszichológiájára és pszichopatológiájára*. Már a korai kísérletek komplex és messze nem optimális körülményei között is előfordult, hogy egyes kísérleti alanyok mély vallásos és misztikus élményeket éltek át. Ezek az élmények meglepő hasonlóságot mutattak a különféle szent iratokból és a misztikusok, szentek, vallási tanítók, próféták műveiből származó leírásokkal. Az a lehetőség, hogy ezeket az élményeket kémiai úton is elő lehet idézni, heves vitát robbantott ki az "instant miszticizmus" autentikus voltát és értékét illetően. A témában több vezető tudós, teológus és spirituális tanító is kifejtette véleményét, de a "kémiai" és a "spontán" megvilágosodás körüli polémiában mind a mai napig nem sikerült egyezésre jutni.

Ha az LSD-vel kapcsolatos kutatások teljes áttekintésére törekszünk, akkor nem hagyhatjuk említés nélkül azokat a vizsgálatokat sem, amelyek a szer negatív potenciáljának felderítésére irányultak. E kutatásokról - melyeket a titkosrendőrség és a katonaság berkeiben folytattak a világ számos országában - érthető okokból nem maradtak ránk nyilvános információk, a velük kapcsolatos adatok nagy részét államtitokká nyilvánították. Ebben a kontextusban azt vizsgálták, segíthetne-e az LSD *a vallásban, a tudat mélyén őrzött titkokhoz való hozzájutásban, az agymosásban, külföldi diplomaták ártalmatlanításában és a "nem erőszakos" hadviselésben*. A szer képes rá, hogy áttörje a psziché ellenállását, lebontsa a védelmi mechanizmusokat, fokozza a szuggesztibilitást, a durva módszerekre való érzékenységet, és megnöveli az áttételi folyamat intenzitását. Ezek a hatások mind felhasználhatók destruktív célra is. Az LSD-vel folytatott vegyi hadviselés tömeges változatában a céltudatos tevékenységre gyakorolt dezorganizáló hatás, valamint a kísérleties hatékonyság jelentik a fő szempontot. A szer célba juttatására több technikát is javasoltak, köztük a különféle aeroszolok használatát, valamint a víztartalmú beszennyezését. Bárki, aki egy kicsit is tisztában van az LSD hatásaival, látja, hogy az ilyen jellegű vegyi hadviselés sokkal ördögibb, mint a hagyományos hadászati eljárások bármelyike. Aki ezeket a módszereket "nem erőszakosnak" vagy humánusnak meri nevezni, nagymértékben eltorzítja a valóságot.

TERÁPIÁS KÍSÉRLETEZÉS AZ LSD-VEL

Jelen munka szempontjából az LSD-kutatások legfontosabb szeletét az e szer támogatásával végzett kísérleti terápiák jelentik. Mivel a korai kísérletek alanyainak mentális folyamataiban már elenyésző mennyiségű LSD is drámai és mély változásokat okozott, a kutatókban felmerült, hogy talán érdemes lenne megvizsgálni a szer terápiás felhasználásának lehetőségét.

Ezt a gondolatot elsőként Condrau (21) vetette fel 1949-ben, mindössze két évvel azután, hogy Stoll Svájcban publikálta az első LSD-ről szóló tudományos munkát. Az ötvenes évek elején több kutató is jelezte, hogy az LSD hasznosnak bizonyulhat a pszichoterápiában azáltal, hogy segít elmélyíteni és felerősíteni a terápiás folyamatot. E megközelítés úttörői Busch, Johnson (17) és Abramson (1, 2) az Egyesült Államokból, Sandison, Spencer és Whitelaw (91) Angliából, valamint Frederking (28) Nyugat-Németországból.

Beszámolóik jelentős érdeklődést váltottak ki a pszichiáterek körében, és világszerte számos klinikust inspiráltak arra, hogy terápiás kísérletezésbe kezdjenek az LSD-vel. Az elkövetkező 15 évben publikált cikkek zöme igazolta az úttörők állításait: az LSD valóban alkalmasnak bizonyult a pszichoterápiás folyamat támogatására, lerövidítette a különféle érzelmi zavarok kezeléséhez szükséges időt, és ez értékes eszközzé tette a pszichiátria eszköztárában. Egyre több kutatás számolt be arról, hogy az LSD-vel támogatott pszichoterápia révén elérhetővé válnak olyan betegek is, akik a hagyományos pszichoanalízisre vagy a pszichoterápia egyéb formáira nem reagálnak megfelelő módon. Számos kutató és terápiás csapat mutatott fel kisebb-nagyobb sikereket alkoholisták, drogfüggők, szociopáták, kriminális pszichopáták, valamint különféle karakterzavarokban és szexuális deviációkban szenvedő páciensek kezelésében. A hatvanas évek

elején az LSD-pszichoterápia új, izgalmas területét fedezték fel: a rákban és egyéb, gyógyíthatatlan betegségben haldokló betegek lelki gondozását. A haldoklókkal folytatott kutatások során kiderült, hogy az LSD-pszichoterápia nemcsak az érzelmi szenvedés vagy a krónikus betegségek okozta fizikai fájdalom enyhítésére képes, hanem arra is, hogy drámai módon megváltoztassa a halálról alkotott elképzeléseket és a haldoklással szembeni attitűdöt.

Az LSD-ről szóló első klinikai beszámolók óta rengeteg időt és energiát fordítottak a szer terápiás potenciáljának kutatására. Ennek eredményeként cikkek százai születtek az LSD-terápia legkülönbözőbb változatairól. Ebben az időszakban a pszichofarmakológiai, pszichiátriai és pszichoterápiás konferenciákon az LSD-terapeuták külön szekcióval képviseltették magukat. Az európai kontinensen dolgozó, kezdetben elszigetelt LSD-kutatók nemsokára összefogtak, és megalakították az Európai Pszicholitikus Terapeuták Társaságát (European Medical Society for Psycholytic Therapy), amelynek tagjai rendszeres konferenciákon gyűltek össze, hogy megvitassák a pszichedelikus szerek pszichoterápiás alkalmazásának aktuális kérdéseit. Ez a szervezet fektette le a jövő LSD-terapeutáinak kiválasztását és képzését meghatározó szabályokat és kritériumokat is. Az Amerikai Egyesült Államokban és Kanadában e szervezet megfelelője a Pszichedelikus Terapeuták Szövetsége (Association for Psychedelic Therapy) volt. A tudományos világ LSD iránti érdeklődése a hatvanas években érte el a tetőpontját; ebben az évtizedben több nemzetközi konferenciát tartottak, melyeken az új irányzat képviselői kicserélhették tapasztalataikat, megfigyeléseiket és elméleti elképzeléseiket (Princeton, 1959; Göttingen, 1960; London, 1961; Amityville, 1965; Amszterdam 1967; Bad Nauheim, 1968).

Idestova három évtizedes múltra tekinthetnek vissza azok a törekvések, amelyek az LSD-t a mentális betegségek terápiájában próbálják alkalmazni. Túllépnénk e munka kereteit, ha minden egyes hozzájárulást ismertetni kívánnánk, amellyel a kutatók a pszichiátriai kezelés történetének e sajátos fejezetét gazdagították. Az LSD-terápia története a sorozatos próbálgatások története. A kezdetek óta eltelt harminc évben az LSD terápiás felhasználásának számos különböző technikáját fejlesztették ki. Azokat a módszereket, amelyek nem hozták meg a kívánt eredményt - vagy amelyek eredményeit a későbbi kutatások nem igazolták vissza - idővel elvetették. Az ígéretesnek tűnő technikákat viszont más terapeuták is átvették, továbbfejlesztették és módosították. E komplex folyamat különféle stádiumainak részletes ismertetése helyett megpróbálom vázlatosan összefoglalni a főbb trendeket és a legfontosabb terápiás elképzeléseket. Három évtizednyi LSD-terápia elegendően hosszú idő a klinikai megfigyelések összegyűjtésére és a kutatási eredmények ellenőrzésére. Ezt figyelembe véve megkísérelhetjük, hogy kritikai áttekintést nyújtsunk az e területen felhalmozott klinikai tapasztalatokról, összefoglaljuk az LSD-ről, mint a pszichiátria terápiás segédeszközéről szerzett tudásunkat, valamint ismertessük használatának legbiztonságosabb és leghatékonyabb módszereit.

Az LSD terápiás felhasználásának különféle megközelítései a szer hatásának más-más aspektusaira épültek. A normális önkéntesek LSD-ülései során gyakori eufória például arra engedett következtetni, hogy a szer alkalmazható lenne a depressziós zavarok kezelésében. Az a mély és gyakran megrázó hatás, amelyet az LSD a pszichés és fiziológiás rendszerekre gyakorol, hasonló egy érzelmi vagy vegetatív sokkhoz. Ez vezetett ahhoz a feltételezéshez, hogy a szernek hasonló terápiás potenciálja lehet, mint az elektrosokknak, az inzulinkezelésnek vagy a konvulzív terápia egyéb formáinak. Erre utaltak azok a megfigyelések is, amelyek során egyetlen LSD-dózis megrázó, drámai erejű változást idézett elő az alany klinikai tüneteiben és személyiségstruktúrájában. Az LSD hatásának egy másik ígéretes aspektusa a szer intenzív érzelmi lereagálást elősegítő képessége. A lereagálás olyan technikáival, mint a hipnoanalízis vagy a narkoanalízis, korábban már jelentős sikereket értek el a háborús helyzetek és egyéb traumák következtében kialakult érzelmi neurózisok kezelésében. Ezek az eredmények arra ösztönözték a kutatókat, hogy megvizsgálják az LSD lereagálást elősegítő hatását is. A terápiás felhasználás egy másik érdekes megközelítése az LSD aktiváló vagy "provokatív" hatásán alapul. A szer képes rá, hogy mobilizáljon és felerősítsen olyan fixált, krónikus klinikai állapotokat, amelyekre néhány alig észlelhető, ám makacsul rögzült tüneten kívül semmi sem utal. Felmerült a gondolat, hogy a kémiai úton előidézett aktiváció hozzáférhetőbbé teheti ezeket az ún. oligoszimptomatikus állapotokat a kezelés hagyományos formái számára. Az LSD messze legfontosabb alkalmazási területe a különféle orientációjú egyéni és csoportos pszichoterápiák támogatása. Az e területen megnyilvánuló hatékonyságának alapja a szerhatás különféle aspektusainak rendkívül előnyös kombinációja. Az LSD támogatásával folytatott pszichoterápia egyrészt megnöveli a hagyományos pszichoterápiából már ismert mechanizmusok intenzitását, másrészt a pszichológiai transzformáció olyan új és erőteljes mechanizmusait is magában foglalja, amelyeket a hivatalos pszichiátria ma még nem fogad el és működésükre sem tud elfogadható magyarázatot adni.

A következő fejezetekben sorra veszem az LSD-vel folytatott terápiás kísérletezés legfontosabb területeit, ismertetem a konkrét kezelési technikákat, valamint tárgyalom ezek empirikus és elméleti alapjait is. Külön figyelmet fogok szentelni annak a kérdésnek, hogy az egyes megközelítések mekkora sikerrel állták ki az idő próbáját.

AZ LSD KEMOTERÁPIÁS TULAJDONSÁGAINAK VIZSGÁLATA

A kemoterápia címszó alatt tárgyalt megközelítések, bár különböző klinikai megfigyelésekre és eltérő elméleti alapokra épülnek, annyiban megegyeznek, hogy az LSD-t kizárólag kemoterapiás ágensként alkalmazzák, azaz olyan szerként, amely tisztán farmakológiai működése révén fejt ki a kívánt kedvező hatást. E technikák megalkotói nem voltak tudatában az extrafarmakológiai tényezők jelentőségének, vagy ha tudtak is ezekről, nem fordítottak rájuk különösebb figyelmet. Ha a kezelés során alkalmaztak is pszichoterápiát, csak támogató jelleggel és felszínesen tették, nem törekedtek arra, hogy azt az LSD-élménnyel szerves kapcsolatba hozzák.

AZ LSD EUFÓRIKUS ÉS ANTIDEPRESSZÁNS HATÁSAINAK VIZSGÁLATA

Amikor Condrau (21) az LSD-t - annak egyes páciensekben eufóriát kiváltó hatása miatt - a depresszió kezelésére javasolta, gyakorlatában az ópiumkezelés modelljét követte. Napi rendszerességgel alacsony, ám folyamatosan növekvő dózisú LSD-t adott depressziós pácienseinek, abban reménykedve, hogy a szer megszünteti a betegek depresszióját, és pozitív változást idéz elő hangulatukban. Condrau szerint az eredmények nem voltak meggyőzőek: a megfigyelt változások nem lépték túl a szokásosan is előforduló spontán ingadozások szintjét. Az LSD a várakozásokkal ellentétben nem váltott ki konzisztens eufóriát, ehelyett többnyire a bevétele közvetlenül megelőző hangulatot mélyítette el.

Hasonló eredményre jutottak más kutatók is, akik vagy Condrau napi adagolásra épülő modelljét használták, vagy egyszeri, közepes nagyságú dózissal próbálták betegeik depresszióját kezelni (ld. Becker (8), Anderson és Rawnsley (3), Roubicek és Srec (89)).

Összegezve, az LSD-terápia ezen megközelítése nem hozott olyan eredményt, amely a kutatás további folytatását indokolta volna. Világossá vált, hogy az LSD *önmagában* nem rendelkezik olyan konzisztensen kimutatható farmakológiai hatással, amely segítséget nyújthatna a depresszió kezelésében. Így a kutatók végül feladták ezt a megközelítést.

AZ LSD MINT SOKKTERÁPIA

Az LSD-kutatások korai szakaszában több szerző felvetette, hogy az LSD által kiváltott, nagy megrázkódtatást okozó élmények egyes pácienseknél hasonlóan pozitív hatást válthatnak ki, mint a konvulzív terápia már ismert fajtái: az elektrosokk, az inzulinóma-kezelés vagy a cardiazol- és acetilkolin-sokk. Előfordult, hogy pszichiátriai betegeknél egyetlen LSD-üléssel is váratlan, átütő klinikai javulást értek el (ld. Stoll (97), Becker (8), Benedetti (10), Belsanti (9), valamint Giberti, Gregoretti és Boeri (30)).

Több cikk utalt rá, hogy esetenként egyetlen LSD-dózis is mély hatással lehet az alany személyiségstruktúrájára, értékrendjére, alapvető attitűdjeire és életstílusára. Ezek a változások olyan drámaiak voltak, hogy egyesek a pszichológiai konverziókhöz² hasonlították őket. Sok kutató figyelt fel e transzformatív élmények lehetséges terápiás értékére. Az alkalmazás elé azonban komoly akadályt gördített, hogy ezek az élmények nem voltak előrejelezhetők: elszórtan fordultak elő, bármilyen beazonosítható minta nélkül, gyakran meglepetést okozva betegnek és terapeutának egyaránt. Mivel a kutatók nem voltak tisztában az ilyen jellegű reakciókat meghatározó változókkal, arra sem voltak képesek, hogy ezeket a terápiás transzformációkat megbízhatóan megismételjék. Ezen élmények kiszámíthatóbb, kontrollálhatóbb előidézésére tett erőfeszítések vezettek el végül egy fontos kezelési mód, az ún. pszichedelikus terápia kifejlődéséhez, amelynek elméletét és gyakorlatát a könyv egy későbbi fejezete részletesen tárgyalja.

Összefoglalva, nincs kétség afelől, hogy az LSD képes mélyreható érzelmi és vegetatív megrázkódtatások előidézésére, de ezek a sokkhatások a megfelelő körülmények, a komplex pszichológiai támogatás és a gondos előkészítés híján inkább dezorganizáló és romboló, mintsem terápiás hatásúak. A konverzió mechanizmusa pedig túl kiszámíthatatlan, nyers és szeszélyes ahhoz, hogy önálló terápiás mechanizmusként támaszkodhassunk rá.

AZ LSD LEREAGÁLÁST ELŐSEGÍTŐ HATÁSÁNAK TERÁPIÁS ALKALMAZÁSA

Az LSD kutatásának korai szakaszában tett megfigyelések arról tanúskodtak, hogy a szer facilitálhatja az ember csecsemő- és gyermekkorából, valamint későbbi élet éveiből származó, érzelmileg releváns események újraélését, amit rendre erőteljes érzelmi lereagálás és katarzis kísér. Ebből adódott az a gondolat, hogy az éterhez, a rövid hatóidejű barbiturátokhoz vagy a különféle amfetamin származékokhoz hasonlóan az LSD-t is fel lehetne használni a lereagáló terápia segédeszközeként.

Ez a terápiás modalitás történelmi és elméleti szempontból Freud és Breuer korai munkásságában gyökerezik. (29) Az elmélet szerint, ha a beteg egy traumatikus élményre nem ad megfelelő érzelmi és motoros választ, akkor az élmény elfojtódik, és az elfojtott érzelmek ("abgeklemmter Affekt") a későbbi neurotikus tüneteket táplálják energiával. A kezelés ez esetben abból áll, hogy a beteg újra átéli a traumatikus epizódot, olyan körülmények között, amelyek lehetővé teszik az elfojtott érzelmi energia átirányítását és kieresztését a perceptuális, érzelmi és motoros csatornákon át. A lereagálás módszere különösen értékesnek bizonyult a traumatikus érzelmi neurózisok kezelésében. A módszer a második világháborút követően vált népszerűvé, mint a különféle háborús helyzetekben elszenvedett hisztériás konverziók gyors és hatékony ellenszere.

Az LSD-terapeuták között nehezen találnánk olyat, aki kétségeket táplálna a szer lereagálást elősegítő tulajdonságaival kapcsolatban. Ugyanakkor túlzott leegyszerűsítés lenne, ha az LSD-kezelést pusztán lereagálás-terápiaként értelmeznénk, ezt egy Robinson nevéhez fűződő, kontrollált kísérlet világosan kimutatta. (86) A jelenlegi álláspont szerint a lereagálás, bár fontos eleme az LSD-pszichoterápiának, csak egy a szer komplex hatásából fakadó terápiás mechanizmusok közül.

AZ LSD AKTIVÁLÓ HATÁSÁNAK FELHASZNÁLÁSA KRÓNIKUS ÉS RÖGZÜLT TÜNETEK ESETÉN

E megközelítés háttérében azok a klinikai tapasztalatok állnak, amelyek szerint az LSD felerősíti és mobilizálja a manifeszt és látens pszichopatológias tüneteket. Az LSD-vel végzett aktivációs vagy "provokációs" terápia elméleti alapjait Jost osztrák kutató dolgozta ki. (41) Elképzelésének alapjául azok a klinikai megfigyelések szolgáltak, amelyek érdekes kapcsolatot mutattak ki a pszichotikus folyamat természetére és lefolyására, valamint a betegség prognózisa között. Jól ismert klinikai tény, hogy a drámai, gazdag és színes tünetegyüttes jár, akut szkizofrén epizódok rendkívül kecsegtető prognózissal bírnak. Ezeknél az eseteknél gyakori a spontán remisszió, és a terápia rendszerint sikerrel zárul. Ezzel ellentétben azok a szkizofrén állapotok, amelyek alattomosan, lappangva jelentkeznek és hosszan fennálló, enyhe, rögzült tünetekkel rendelkeznek, rendkívül rossz prognózisúak és fölöttébb ellenállóak a szokásos kezelésekkel szemben.

Jost nagyszámú pszichotikus epizód lefolyásának elemzése után jutott arra a következtetésre, hogy a pszichózis folyamatában be lehet azonosítani egy kulminációs pontot, amelyen túl a betegség a spontán remisszió felé veszi az irányt. A szkizofrénia esetében ezt a kulminációs pontot rendre a halál és a megsemmisülés, a test szétesésének élményei, a regresszió és a transzmutáció jellemezték, amelyeket az újjászületés fantáziája vagy élménye követett.

Egy ilyen kulminációs pont létezése Jost szerint magyarázatot adna pár meglepő, az elektrosokk-terápia kapcsán tett megfigyelésre. Minthogy az elektrosokk a betegséget a spontán lefolyási pálya aktuális irányvektora mentén löki előre, sokat számít, hogy azt mely szakaszban alkalmazzák. Ha azelőtt vetik be, hogy a pszichózis elérte volna a kulminációs pontot, drámai manifesztációkhoz vezet, és felerősíti a klinikai képet. Ha viszont a kulminációs pont után alkalmazzák, a beteg gyors lenyugvását és a tünetek remisszióját eredményezi.

Jost és Vicari (42) gyakorlatukban a kémiai és az elektrofiziológiai módszereket kombinálták: először LSD-t adtak a betegnek, majd amikor a szer aktivizálta a kezelni kívánt klinikai állapotot, elektrosokkot alkalmaztak. Beszámolójukban a szkizofrén roham jelentős rövidüléséről, a klinikai javulás eléréséhez szükséges elektrosokk-kezelések számának csökkenéséről, és sok esetben mélyebb remisszióról számoltak be.

Az LSD-kutatás két brit úttörője, Sandison és Whitelaw (92) is folytatott hasonló kísérleteket, de ők elektrosokk helyett a klórpromazin (thorazin) nyugtató hatására építettek. A különféle diagnosztikai csoportokból származó pszichotikus betegeknek először LSD-t adtak, majd két óra elteltével nyugtatót,

intramuszkuláris injekció formájában. Bár az eredmények ígéretesnek tűntek, a szerzők később elvetették azt a feltevést, hogy a klórpromazin alkalmazása pozitív szerepet játszott volna ezek elérésében.

Általában véve elmondhatjuk, hogy az LSD-vel végzett aktivációs vagy "provokációs" terápia nem talált szélesebb körű elfogadásra a klinikai gyakorlatban. Jost elméleti spekulációi azonban több olyan gondolatot is tartalmaznak, amelyek gyümölcsözőek lehetnek, ha azokat dinamikusabb, kreatívabb módon hasznosítjuk. A rögzült tünetek LSD általi aktiválásának módszere jól használható az intenzív pszichoterápiában, ahol egy LSD-ülés segítségével kimozdítható a holtpontról a hosszú ideje stagnáló pszichoterápiás folyamat. Jost elgondolásai a pszichotikus folyamat pályájáról és a folyamat felgyorsításának előnyeiről összhangban vannak a szkizofréria R.D. Laing (52), John Perry (80), Julian Silverman (94, 95) és Maurice Rappaport (84) írásaiban tárgyalt modern megközelítéseivel. Megfigyelései a szkizofrén folyamat kulminációs pontjáról és az ehhez kapcsolódó jellegzetes élményekről szintén új értelmet nyernek, ha ezeket Jost mechanikus modellje helyett a tudattalan dinamikus mátrixainak kontextusában vizsgáljuk. Erre később részletesen is kitérünk majd a perinatális mátrixok, valamint a halál- és újjászületés-élmény terápias jelentőségének tárgyalásánál.

LSD-VEL TÁMOGATOTT PSZICHOTERÁPIA

Amint az LSD-vel végzett terápias kísérletezés fenti áttekintése is mutatja, azok a próbálkozások, amelyek pusztán e szer farmakológiai tulajdonságait próbálták kiaknázni, nem mutattak fel meggyőző pozitív eredményt. Az LSD kemoterápiás használatát a terület minden komoly kutatója elvetette. A Jost és Vicari által kidolgozott aktivációs vagy "provokációs" megközelítést - legalábbis annak eredeti, mechanikus formájában - senki nem emelte át a klinikai gyakorlatba. Az LSD lereagálást segítő hatása, bár nagy értékkel bír, csak egy az LSD-terápiában működő számos hatékony mechanizmus közül. Az LSD-vel kiváltott sokk önmagában nem tekinthető terápias hatásúnak; ha ezt a kezelési formát nem speciálisan strukturált szituációban használják, inkább ront, mint javít a helyzeten. Az LSD személyiségstruktúrára gyakorolt, konverzió formájában megmutatkozó befolyása jól ismert klinikai tény, de ez a jelenség - legalábbis az LSD strukturálatlan használatánál - ritkán fordul elő, és felbukkanása kiszámíthatatlan. Az LSD-hatás ezen aspektusának terápias felhasználásához speciális előkészítés, kölcsönös bizalomra épülő terápias kapcsolat, pszichológiai támogatás, valamint céltudatosan strukturált belső és külső körülmények (set és setting) szükségesek.

Az LSD-terapeuták körében általános egyetértés uralkodik a tekintetben, hogy az LSD-ülések terápias kimenetele elsősorban a nem farmakológiai természetű tényezőkön múlik. A szerre úgy tekintünk, mint egyfajta katalizátorra, amely képes rá, hogy aktiválja a tudattalanban zajló folyamatokat. Hogy az ily módon aktivált tartalmak felmerülése terápias vagy destruktív hatással lesz-e a páciensre, az nem csupán az LSD biokémiai és fiziológias hatásain múlik. Ebben számos, a szerhatástól független változó is szerepet játszik, köztük az alany személyiségének struktúrája, az ülés vezetőjéhez, a kísérőhöz vagy a többi jelenlévőhöz fűződő kapcsolata, a kapott pszichológiai támogatás természete és mértéke, valamint a pszichedelikus élmény belső és külső körülményei (set és setting). Ezt figyelembe véve megállapíthatjuk, hogy minden olyan megközelítés, amely az LSD-t pusztán mint kemoterápiás szert kívánja alkalmazni, szükségszerű kudarca van ítélve. Ez persze nem jelenti azt, hogy egy LSD-élményből ne származhatna haszon abban az esetben is, ha a szert strukturálatlan szituációban fogyasztják. De az extrafarmakológiai tényezők szerepe annyira nagy, hogy konzisztens terápias sikerre csak abban az esetben számíthatunk, ha ezeket a változókat megértettük és kontrollálni is tudjuk. A fentiekből látható, hogy az LSD használatának leginkább egy komplex pszichoterápiás program keretein belül lenne létjogosultsága. Ilyen kontextusban alkalmazva az LSD rendkívüli potenciálról tesz tanúbizonyságot. Egyetlen más, pszichoterápiában használt szer sem tudja úgy elmélyíteni, felerősíteni és felgyorsítani a pszichoterápiás folyamatot, mint az LSD - leszámítva talán a pszichedelikumok csoportjának más képviselőit, mint a pszilocibin, a meszkalin, az ibogain, az MDA (metilén-dioxi-amfetamin) vagy a DPT (dipropil-triptamin).

A szakirodalomban az LSD és a különféle pszichoterápiás eljárások kombinációját számos névvel illeték: hívták pszicholízisnek (Sandison), pszichedelikus terápiának (Osmond), szimbolízisnek (van Rhijn), hebeszintézisnek (Abramson), lizerganalízisnek (Giberti és Gregoretti), oneiroanalízisnek (Delay), LSD-analízisnek (Martin és McCririck), transzintegratív terápiának (MacLean), hipnodelikus kezelésnek (Levine és Ludwig) és pszichoszintézisnek (Roquet). Ezek a terápias megközelítések jelentős eltéréseket mutatnak a

használt dózis nagyságát, a pszichedelikus ülések számát és gyakoriságát, a pszichoterápiás munka intenzitását és jellegét, valamint a set és a setting sajátosságait tekintve.

Ha az LSD-pszichoterápia történetéről átfogó képet szeretnénk kapni, akkor ez a sokszínűség megkövetelné, hogy minden egyes terapeuta és terápiás csapat munkájával külön fejezetben foglalkozzunk. Némi leegyszerűsítés árán azonban lehetségessé válik a főbb trendek beazonosítása. A különféle megközelítéseket két fő csoportba sorolhatjuk, aszerint, hogy képviselőik mekkora jelentőséget tulajdonítanak a szer terápiás folyamatban betöltött szerepének. Az első kategóriában olyan megközelítéseket találunk, amelyeknél a hangsúlyt a pszichoterápiás munkára helyezik; itt az LSD csak támogató szerepet kap: arra használják, hogy javítsák a terápiás folyamat hatékonyságát, átlendüljenek az ellenállásokon, a pszichés blokkokon vagy a stagnálás időszakain. A második kategóriába tartozó megközelítéseknél a szer által kiváltott élmény van a középpontban; a pszichoterápiát csak arra használják, hogy felkészítsék az alanyt az LSD-ülésekre, támogatást nyújtsanak az ülés alatt, illetve elősegítsék a felszínre merült anyag integrációját.

A PSZICHOTERÁPIÁS FOLYAMAT LSD-VEL TÖRTÉNŐ TÁMOGATÁSA

A terápiás kísérletezés éveitől többet próbálkoztak azzal, hogy kis dózisu LSD-vel erősítsék fel az egyéni vagy csoportos pszichoterápiás ülések dinamikáját. Általában véve kijelenthetjük, hogy a kis mennyiségek használatának több hátránya, mint előnye van. Időt nem spórolunk, mert az alacsony dózis mindössze a hatás mélységét és intenzitását csökkenti, a szerhatás időtartamát nem. Pszichiátriai betegek esetén a kockázat sem csökken lényegesen a nagy dózissal járó kockázathoz képest. A kis dózisok rendszeres használatánál előnyösebb, ha a hosszú távú pszichoterápiás kezelés azon pontjain iktatunk be egy-egy közepes vagy nagy dózisu LSD-ülést, ahol a terápiás folyamat holtpontra jutott. A következőkben rövid áttekintést adunk ezekről a megközelítésekről.

Kis dózisu LSD használata az intenzív pszichoterápiában

Ebben a kezelési modalitásban a beteg hosszú távú pszichoterápiában vesz részt, és minden ülés alkalmával alacsony, 25-50 mikrogramm dózisu LSD hatása alatt áll. A hangsúly a pszichoterápián van, az LSD-t csak arra használják, hogy felerősítsék és elmélyítsék a szokásos pszichodinamikus folyamatokat. Az LSD hatására a védelmi mechanizmusok legyengülnek, a pszichológiai ellenállás csökken, az elfojtott emlékek előhívási képessége pedig jelentősen javul. A szer hatása rendszerint az áttételi kapcsolatot is felerősíti, annak minden vonatkozásával együtt. Ez a terapeuta és a beteg számára is megkönnyíti a szóban forgó folyamatok megértését. A szer hatása alatt a betegek rendszerint nagyobb hajlandóságot mutatnak arra, hogy szembenézenek az elfojtott anyaggal, valamint elfogadják a bennük rejtőző mély ösztönkésztetések vagy konfliktusok létezésének lehetőségét. Az ilyen ülések során adódó helyzeteket kivétel nélkül a dinamikus pszichoterápiából jól ismert technikák megfelelően módosított változataival kezelik, a szer által kiváltott élményeket pedig az álmok manifeszt tartalmának elemzéséhez hasonlóan dolgozzák fel. A múltban ezt a megközelítést többnyire valamelyik pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiával kombinálták, de párosítható más technikákkal, a jungi analízissel, a bioenergetikával, különféle neoreichianus terápiákkal vagy a Gestalt gyakorlatával is.

Kis dózisok használata a csoportos pszichoterápiában

Ebben a kezelési modalitásban a csoportos pszichoterápiás ülés minden résztvevője - a vezetők kivételével - kis dózisu LSD befolyása alatt áll. A módszer hátterében az az elgondolás húzódik meg, hogy ha az LSD aktiválja az egyéni dinamikus folyamatokat, akkor ez a csoportdinamika mélységére és hatékonyságára is kedvező hatással lehet. Az LSD-vel támogatott csoportos pszichoterápia e formájának gyakorlati eredményei azonban nem túl bátorítóak. A koordinált és integrált csoportmunka csak addig lehetséges, amíg az LSD dózisa annyira alacsony, hogy még nem vált ki mélyreható pszichológiai változást a csoport tagjaiban. A dózis növelésével a csoportdinamika szétesik, a résztvevőket csak nagy nehézségek árán lehet rávenni a szervezett és koordinált munkára. Ilyenkor a csoport minden tagja saját egyéni útján halad, és ezt a személyes folyamatot nehezebbre esik feláldozni a csoportkohézió oltárán.

A csoportos pszichedelikus élmények egy másik, esetenként igen produktív változata a szer rituális jellegű használata. Ehhez olyan ősi tradíciók szolgálatják a mintát, mint a Native American Church vagy a huichol indiánok peyotl ülései, a dél-amerikai amahuaca és jívaro indiánok yagé ceremóniái, a szent gombák (*Psilocybe mexicana*) gyógyító és spirituális célú fogyasztása a mazatékoknál, illetve egyes afrikai törzsek ibogain-szertartásai Gabonban és a szomszédos kongói területeken. A szertartásos ülések rendszerint

felülemelkednek a verbális interakción és általában a kognitív szinten. A csoport kohézióját olyan nem-verbális módszerekkel érik el, mint a kollektív csörgőzés, dobolás, kántálás vagy tánc.

A kis dózisu LSD-vel támogatott csoportos pszichoterápiát a kezdeti próbálkozások után végül elvetették. Ugyanakkor fölöttébb hasznos és produktív élmény lehet, ha az egyéni LSD-ülés lecsengő periódusában járó beteg ül be egy ilyen csoportba. Egy szerhatás alatt nem álló, szervezett, jól működő csoportban való részvétel hatékony segítséget adhat az ülésről visszamaradt problémák feldolgozásában. Az encounter csoportok számára kifejlesztett kísérleti technikák szintén eredményesen használhatók ebben a kontextusban. Egy másik hasznos technika, amikor az egyéni LSD-ülések során feltárt anyag elemzését az LSD-program résztvevőiből álló, szermentes csoportban végzik el.

Az LSD alkalmi használata az intenzív pszichoterápiában

E megközelítés lényege, hogy a rendszeres, szisztematikus, hosszú távú pszichoterápiás kurzusba alkalmanként beiktatnak egy-egy LSD-ülést. Az ülésen használt dózisok a közepestől a magasig terjednek, általában 100 és 300 mikrogramm között vannak. A közbeiktatott pszichedelikus ülés célja, hogy segítségével továbblendítsék, erősítsék vagy gyorsítsák a terápiás folyamatot, csökkentsék az ellenállást, valamint új anyagot hozzanak felszínre a későbbi analízis számára. Egy megfelelő időpontban közbeiktatott LSD-ülés jelentősen hozzájárulhat a beteg tüneteinek, a személyiség dinamikájának és az áttétel körüli problémák természetének mélyebb megértéséhez. Egy ilyen LSD-ülés eredményei - az egyéni tudattalannal való közvetlen szembesülés, az elfojtott múltbeli élethelyzetek előhívása és újraélése, a tudat mélyén rejtőző, fontos szimbolikus anyag manifesztációja, illetve a terápiás kapcsolat erősödése - gyakran elegendő ösztönzést adnak a pszichoterápia további folytatásához.

AZ LSD-TERÁPIA TECHNIKÁI

Az LSD-terápiák csoportjába tartozó megközelítéseknel a fő hangsúly a szer által kiváltott élményeken van. Az alany támogatására használt pszichoterápiás technikákat úgy módosítják, hogy ezek jól igazodjanak a szerhatás természetéhez, és szerves, integráns egységet alkossanak a pszichedelikus folyamattal.

Pszicholitikus LSD-terápia

A "pszicholitikus" kifejezés az LSD-terápia brit úttörőjétől, Ronald A. Sandisontól származik. A szó a görög "lysis"-ből (magyarul feloldódás) ered, és a feszültségek, a tudati konfliktusok feloldásának folyamatára utal. Vigyázzunk, hogy ne tévesszük össze a "pszichoanalitikus" (a psziché elemzése) terminussal. A pszicholitikus kezelési eljárás elméletében és klinikai gyakorlatában egyaránt a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia kiterjesztésének és módosításának tekinthető. A beteg egytől két hétig terjedő időközönként LSD-t kap, a dózisok nagysága 75 és 300 mikrogramm között változik. Az ülések száma a klinikai probléma természetétől és a terápiás céltól függően 15 és 100 között van, átlagosan negyvenre tehető. Bár a beteg az üléseket elválasztó időszakokban is rendszeresen találkozik a terapeutával, a fő hangsúly mégis az LSD-üléseken és az ott lezajló eseményeken van.

Az ülések elsötétített, csendes és izlésesen berendezett szobában zajlanak, amely otthoni atmoszférát sugall. A szerhatás tetőzésének időtartama alatt a terapeuta mindvégig jelen van, hogy szükség esetén támogatást és interpretációt nyújtson a betegnek. Az ülést követően a beteg egyedül marad, de bármikor behívhatja a terapeutát vagy a nővért, ha ennek szükségét érzi. Egyes LSD-programokban az ülések lecsengő szakaszát kísérőként egy vagy több betegtárs vigyázza, máshol ilyenkor visszaengedik a beteget a személyzet és a többi páciens társaságába.

A terapeuta az LSD-ülések során fellépő jelenségek megközelítésénél és értelmezésénél a dinamikus pszichoterápia elméletét és technikáit használja. Az LSD által kiváltott reakciók sajátosságai azonban a szokásos technikák kisebb módosításait teszik szükségessé. Az LSD hatásai a terapeuta részéről fokozottabb aktivitást, támogatást és odafigyelést igényelnek, például hányás, fokozott nyálzás, váladéktermelés, köhögés vagy bevezelés esetén. Szükség lehet a közvetlenebb, esetenként fizikai szintű kapcsolatra, a beteg élményében való pszichodramatikus részvételre, valamint az acting-outtal szemben tanúsított magasabb toleranciára is. E tekintetben a pszicholitikus eljárás némiképp hasonló azokhoz a módosított pszichoanalitikus technikákhoz, amelyeket a szkizofrén páciensek pszichoterápiájában használnak. Fontos, hogy elszakadjunk az ortodox analitikus helyzettől, amelyben a beteg a díványon hever, és elvárják tőle, hogy szabad asszociációit megossza a semleges megfigyelő szerepét játszó, alkalmanként interpretációval szolgáló analitikussal. A pszicholitikus terápiában a beteget arra kérjük, hogy maradjon fekvő helyzetben és a

szerhatás időtartama alatt lehetőleg ne nyissa ki a szemét. Ennek köszönhetően az alany néha hosszú időre elcsendesedik, de ez nem törvényszerű: megeshet az is, hogy üvölt, artikulálatlan hangokat hallat, hánykolódik, felül, letérdel, fejét egy másik jelenlévő ölébe hajtja, körbe-körbe járkal vagy a padlón hemperg. Ezek a szélsőséges reakciók a terapeuta részéről a hagyományos megközelítéseknél jóval személyesebb és intimebb részvételt igényelnek. A betegnek gyakran van igénye a szívből jövő, meleg, együtt érző támogatásra.

A pszicholitikus terápia ülésorozata sokkal jobban erősíti az ismert terápiás mechanizmusokat, mint egy elszigetelt, egyszeri LSD-ülés. E terápiás modalitás sajátos eleme a gyermekkorban elszenvedett traumatikus élmények sorozatos felszínre kerülése, komplex és szisztematikus újraélése, amelyet érzelmi lereagálás, racionális integrálás és mély meglátások kísérnek.³ Jelentősen megnő a terápiás kapcsolat intenzitása, és az áttételes jelenségek analízise a kezelési folyamat lényeges részévé válik.

A freudi pszichoanalízisben gyökerező pszicholitikus megközelítés nagy hátránya, hogy nehezen tudja integrálni az LSD-terápia spirituális és misztikus dimenzióit. Azok a pszicholitikus terapeuták, akik mereven ragaszkodnak a freudi elméleti rendszerhez, általában eltántorítják betegeiket a transzcendencia birodalmába való belépéstől, és az ilyen jellegű élményeket a releváns pszichodinamikai tartalomtól való menekülésként vagy a szkizofrénia tüneteként értelmezik. Más kutatók felismerték a pszichoanalitikus rendszer korlátait, és így az emberi tudat új, kiterjesztett modelljeinek befogadására is nyitottabbá váltak. Az LSD-terápia során fellépő transzperszonális élmények interpretációja körüli konfliktus és az ilyen jellegű élményekkel szembeni attitűd nem pusztán akadémiai kérdés. A transzcendens állapotok jelentős terápiás változás forrásai lehetnek, így ezeknek az élményeknek az elősegítése vagy éppen hátráltatása nagyon is konkrét gyakorlati következményekkel jár.

A pszicholitikus megközelítés főbb képviselői Angliában Sandison, Spencer, Whitelaw, Buckman, Ling és Blair, Hollandiában Arendsen-Hein és van Rhijn, Norvégiában Johnsen, Csehszlovákiában Hausner, Tauterman, Dytrych és Sobotkiewiczová. Ezt a terápiás eljárást Európában fejlesztették ki, és gyakorlati alkalmazása is főként az európai LSD-terapeutákra jellemző. Az Egyesült Államokban jelenleg egyetlen terapeuta van, aki ezt a kezelési formát használja: a kansasi Topeka veterán kórházában dolgozó Kenneth Godfrey. Rajta kívül Eisner, Cohen, Chandler, Hartman és Dahlberg folytattak ilyen jellegű terápiát az USA-ban.

Pszichedelikus LSD-terápia

A pszichedelikus terápia több fontos aspektusban eltér a pszicholitikus megközelítéstől. A módszer kidolgozói megfigyelték, hogy drámai klinikai javulás és mélyreható személyiségváltozás áll be azoknál az LSD-alanyoknál, akiknek az élménye kifejezetten vallásos vagy misztikus vonásokat mutat. A pszichedelikus terápia kezdetei egy alkoholista számára kifejlesztett LSD-kezelési programhoz kötődnek, amely az ötvenes évek elején zajlott a kanadai Saskatchewanban, Hoffer és Osmond irányításával. Két másik kutató, Ditman és Whittlesey (23) korábban felvetették, hogy hasonlóság lehet az LSD hatása és a delirium tremens között. Hoffer és Osmond ennek a feltételezett hasonlóságnak a nyomán kezdett az LSD-vel kísérletezni. Azt gondolták, hogy ha alkoholistáknak LSD-t adnak, akkor az ily módon szimulált delirium tremens borzalmaival való szembesülés el fogja őket tántorítani a további italozástól. Ám az eredmény a várakozással ellentétesen alakult: paradox módon épp azok az ülések vezettek javuláshoz, amelyek során a beteg mélyreható pozitív élményeket élt át. Ennek a váratlan megfigyelésnek a nyomán fektette le Hoffer, Osmond és Hubbard a pszichedelikus kezelési eljárás elméleti és gyakorlati alapjait.

A pszichedelikus terápia fő célkitűzése, hogy optimális feltételeket teremtsen az ego halálához és az azt követő ún. pszichedelikus csúcslélemténybe való belépéshez. Ez az élmény egy ekstatisztikus állapot, az alany és az objektív világ között szokásosan húzódoó választóvonal eltűnése, amit a többi emberrel, a természettel, az egész univerzummal vagy Istennel való egység érzése kísér.⁴ Az esetek zömében ez az élmény nem rendelkezik konkrét tartalommal, de gyakran kíséri ragyogó fehér vagy arany színű fény, valamint a szivárvány, vagy a pávák tollaihoz hasonló, részletesen kidolgozott minták víziója. Archetipikus, jelképes látások formájában megjelenhetnek a különféle kultúrák istenségei és szentjei is. Az alanyok iskolázottságuktól és intellektuális orientációjuktól függően eltérő leírásokat adnak erről az állapotról. Beszélnek kozmikus egységről, *unio mysticáról*, *mysterium tremendumról*, kozmikus tudatról, Istennel való egységről, Atman-Brahman egységről, számáhiról, szatoriról, moksháról vagy a szférák harmóniájáról.

A pszichedelikus terápia különféle változatai az egyes technikai elemek eltérő kombinációit használják arra, hogy növeljék a pszichedelikus csúcslélemtény bekövetkeztének valószínűségét. Az egyik ilyen technikai elem az ülést megelőző, szermentes előkészítő foglalkozás. Ennek során a terapeuta felderíti a páciens

élettörténetét, hozzásegíti a tünetek megértéséhez, és különös figyelmet fordít a személyiség azon tényezőire, amelyek akadályt gördíthetnek a pszichedelikus csúcsmélység elérése elé. Az előkészítő foglalkozás fontos része, hogy a terapeuta explicit és implicit módon is hangsúlyozza a páciens fejlődési lehetőségeit, és a beteget arra bátorítja, hogy próbálja elérni és kiaknázni személyiségének pozitív aspektusait. Míg a hagyományos pszichoterápia rendszerint mélyen belemerül a beteg pszichopatológiájának elemzésébe, a pszichedelikus terápia megpróbálja elvonni a beteg figyelmét a patológikus jelenségekről, legyenek azok klinikai tünetek vagy hibás interperszonális minták. Általában véve elmondható, hogy a pszichedelikus terápia a pszichopatológia analízise helyett annak transzcendálására törekszik.

Esetenként előfordul, hogy a páciens közvetlen tanácsot és iránymutatást is kap a hatékonyabb működéshez, de az ilyen jellegű útmutatás nagyon távol áll attól a felelőtlen és ad hoc tanácsadástól, amelynek helytelen voltára a pszichoanalitikusan orientált terapeuták oly nyomatékosan hívják fel a figyelmet. A pszichedelikus terapeuták nem szólnak bele olyan dolgokba, mint a házasságkötés, a válás vagy a házasságon kívüli kapcsolatok, és nem foglalnak állást az abortusz létjogosultságával, a gyermekvállalással vagy a munkahelyváltással kapcsolatos kérdésekben sem. A pszichedelikus tanácsadás az általában vett egzisztenciális stratégiával, az életfilozófiával és az életben követendő értékrenddel foglalkozik, olyan témákat boncolgatva, mint a múlt, a jelen és a jövő relatív jelentősége, az a bölcsesség, hogy az ember az örömet a hétköznapi dolgokban keresse, vagy az olyan ambíciók és vágyak abszurditása, amelyek azt követelik tőlünk, hogy valamit bizonyítani próbáljunk önmagunk vagy mások számára. A pszichedelikus tanácsadás gyakorlatilag az LSD-pszichoterápiával sikeresen kezelt egyéneknél megfigyelt változások irányát követi. Egy olyan élet iránti orientációt sugall, amelyben a klinikai tünetek helyére az általános jóérzés, az öröm és az élet folyamatának igenlése lép. Bár a pszichedelikus filozófia és életstratégia Abraham Maslow (64) munkásságától függetlenül fejlődött ki, néhány alapelve szorosan összefügg Maslownak az önmegvalósító személyről adott leírásaival, valamint a meta-értékek és meta-motivációk elméletével. Az előkészítő periódusban zajló beszélgetések másik fontos témáját az alany filozófiai orientációja és vallásos hiedelmei adják. E témák különösen relevánsak, hiszen a pszichedelikus ülések gyakorta forognak filozófiai és spirituális kérdések körül.

Az ülést megelőző utolsó interjú a terapeuta rendszerint a pszichedelikus üléssel kapcsolatos technikai kérdésekre koncentrálna. Ismerteti a szer hatásának természetét, felvázolja az általa kiváltható élmények spektrumát és hangsúlyozza az élménynek való teljes odaadás fontosságát.

A pszichedelikus terápiában nagy hangsúlyt fektetnek az esztétikai szempontokra. Az ülés ízlésesen berendezett szobában zajlik, amelyet virágok, festmények, szobrok és válogatott műtárgyak díszítenek. A terapeuta arra törekszik, hogy az ülésen minél inkább érzékeltetni lehessen a természet közelségét. A kezelés helyszíne ideális esetben közel van az óceánhoz, hegláncokhoz, tavakhoz vagy erdőkhöz. Az ülés lecsengő szakaszában az alany kimehet a szabadba és tanúja lehet a természet lenyűgöző szépségének. Ha ilyen tulajdonságokkal rendelkező helyszín nem áll rendelkezésre, akkor a belső teret, a szobát rendezik be a természet kreativitásának példáival: cserepes növényekkel, frissen vágott virágokkal, színes, érdekes alakú ásványokkal, egzotikus tengeri kagylókkal és gyönyörű természeti tájak képeivel. A friss és szárított gyümölcsök, válogatott magvak, nyers zöldségek és egyéb természetes alapanyagokból készült ételek jellegzetes tartozékai a pszichedelikus terapeuták eszköztárának, csakúgy, mint az illatos fűszerek és füstölők, amelyek lehetőséget kínálnak arra, hogy a beteg a szagláson és az ízlelésen keresztül merüljön bele a természet újrafelfedezésébe. A zene ebben a kezelési modalitásban kiemelt szerepet játszik. Egy hifi lemezjátszó vagy magnó, fejhallgató és egy hozzáértéssel válogatott lemez- vagy hangszalag-gyűjtemény szabványos felszerelésnek számít a pszichedelikus kezelő osztályon. Az ülést kísérő zene kiválasztása döntő jelentőségű, mert az rendkívül erős befolyással van az élmény természetére és lefolyására.

Az e terápiás modalitásban alkalmazott LSD-dózisok igen nagyok, 300-tól 1500 mikrogrammig terjednek. Az LSD-ülések sorozatára épülő pszicholitikus megközelítéssel szemben a pszichedelikus terápia célja az áttörés elérése egyetlen - de legfeljebb kettő vagy három - ülés alatt. Ennek elősegítésére vetik be az "egyetlen, elsöprő erejű dózist", a beteget pedig arra bátorítják, hogy a szer hatásának ideje alatt végig maradjon fekvő helyzetben, használjon szemfedőt, és merüljön el a fejhallgatóból áradó zenében. Ha a beteg az ülés során támogatást igényel, akkor a verbális kontaktus helyett a nem-verbális kommunikáció különféle formái javallottak.

A pszichedelikus ülések tartalmi szempontból gyakran kifejezetten archetipikus jellegűek, az élmények különféle ősi, preindusztriális kultúrák szimbólumrendszeréből építkeznek. Emiatt egyes terapeuták orientális és primitív kultúrák műalkotásait is felhasználják a kezelőszoba berendezésénél. Az ilyen jellegű tárgyak közé tartoznak a hindu vagy buddhista szobrok, festmények és mandalák, a pre-kolumbiai korból

származó kerámiák, az egyiptomi kispasztikák, az afrikai törzsek alkotásai vagy a polinéz bálványok. Extrém esetben az LSD-terapeuták füstölőt gyújtanak, konkrét spirituális hagyományok rituális célú tárgyait használják, és olyan ősi szövegekből olvasnak fel, mint a Ji King vagy a tibeti halottaskönyv. (54) Az univerzális érvényességű szimbólumok használata szintén gyakori elem. (60)

A pszichedelikus terápia során nem fordítanak túl sok figyelmet a pszichodinamikai szintre, kivéve, ha az konkrét, a kezelést akadályozó problémát generál. Az áttételes jelenségek kialakulását általában explicit vagy implicit módon megakadályozzák. Ezt segíti elő a vizuális kontaktus korlátozása, a szemfedő használata is. A legfontosabb terápiás mechanizmusnak a pszichedelikus csúcsmélynymet tekintik, amely az esetek zömében a halál, az újjászületés és végül a kozmikus egység élményében manifesztálódik. A pszichedelikus irányzat képviselői máig nem rendelkeznek olyan átfogó elmélettel, amely valamennyi, a terápiás folyamat során megfigyelt jelenségre magyarázatot adna. A meglévő magyarázatok vagy a vallásos-misztikus rendszerek terminológiáját használják, vagy nagy általánosságban hivatkoznak a vallási konverzió mechanizmusaira. Azok a szerzők, akik fiziokémiai vagy neurofiziológiai értelmezésekkel próbálkoztak, nem jutottak tovább a legáltalánosabb absztrakciónál. Egyesek szerint az LSD a szervezet stressz-mechanizmusainak aktivációjával váltja ki a felejtés és az újratanulás folyamatát. Mások úgy gondolják, hogy az LSD terápiás hatása az agy archaikus részeiben elhelyezkedő örömközpontok kémiai stimulációjára épül. Az átfogó elméleti rendszer hiánya fontos különbség a dinamikus pszichoterápia különféle iskoláinak elméletére és gyakorlatára támaszkodó pszicholitikus irányzathoz képest.

A pszichedelikus terápia szinte kizárólag az észak-amerikai kontinensen terjedt el, Európában sosem vált népszerűvé és elfogadottá. Legjelentősebb képviselői Kanadában Hoffer, Osmond, Hubbard, Smith, Chwelos, Blewett, McLean és McDonald. Az Egyesült Államokban a pszichedelikus terápia első képviselői Sherwood, Harman és Stolaroff, Fadiman, Mogar és Allen, Leary, Alpert és Metzner, valamint Ditman, Hayman és Whittlesey voltak. A marylandi Catonsville-ben dolgozó pszichiáterek és pszichológusok csapata az elmúlt tizennégy év során szisztematikusan kutatta a pszichedelikus terápia felhasználási lehetőségeit a különféle pszichiátriai problémák kezelésében, a mentálhigiénés szakemberek képzésében, valamint a haldokló rákos betegek gondozásának terén. A kutatás, amelyet Dr. Albert A. Kurland vezetett, kezdetben a Spring Grove kórház kutatási osztályán, 1969-től pedig Catonsville pszichiátriai kutató központjában folyt. A pszichedelikus terápia e csoport által használt változatának alapelveit és klinikai kiértékelésének módszertanát Sanford Unger dolgozta ki. E csoportban dolgoztak LSD-terapeutaként és kutatóként Cimonetti, Bonny, Leihy, DiLeo, Lobell, McCabe, Pahnke, Richards, Rush, Savage, Schiffman, Soskin, Wolf, Yensen és Grof.

Az eddigi tapasztalatok alapján a pszichedelikus terápia az alkoholisták, a drogfüggők és a depressziós páciensek kezelésében, valamint a rákban haldoklók gondozásában tűnik a leghatékonyabbnak. A pszichoneurózistól, pszichoszomatikus betegségtől vagy karakterneurózistól szenvedőknél csak úgy érhető el jelentős javulás, ha sorozatos LSD-üléseken keresztül, szisztematikusan dolgozzák át magukat a betegséget okozó problémák különböző szintjein.

Anaklitikus terápia (LSD-analízis)

Az "*anaklitikus*" kifejezés (a görög "*anaklinein*", azaz támaszkodni szóból) azokra a korai infantilis igényekre és tendenciákra utal, amelyek egy pregenitális szeretettárgyra irányulnak. A módszert két londoni pszichoanalitikus, Joyce Martin (62) és Pauline McCririck (68) dolgozta ki. Martin és McCririck megfigyelték, hogy egyes pszichiátriai betegek az LSD-re mély korregresszióval reagálnak, és ilyenkor újra átélnek a kora gyermekkori frusztráció vagy érzelmi depriváció epizódjait. A szorongató élmények újraélése rendszerint a szeretetre, a fizikai kontaktusra vagy más, primitív szinten megélt ösztönös igény kielégítésére irányuló vágyakozással párosult.

Martin és McCririck terápiás gyakorlata az LSD-ülések során jelentkező szituációk és élmények pszichoanalitikus értelmezésén alapul, és e tekintetben igen közel áll a pszicholitikus megközelítéshez. Technikájuk azon eleme, amely ezt a terápiás formát minden más irányzattól megkülönbözteti, az, hogy a kutatók megkísérelték közvetlen módon kielégíteni a páciensek anaklitikus igényeit. A hagyományos, a pszichoanalízist és a pszicholitikus kezelést egyaránt jellemző, távolságtartó attitűddel szemben Martin és McCririck aktív anyai szerepet vállaltak, és közeli fizikai kontaktusba léptek a pácienseikkel, ezáltal segítve őket a szer által felszínre hozott primitív, infantilis igények kielégítésében.

A technika kézzelfoghatóbb aspektusai közé tartozik a beteg átölelése, meleg tejjel itatása, simogatása, megérintése, fejének ölben tartása, dédelgetése vagy ringatása. A pszichodramatikus részvétel extrém formája az ún. "fúziós technika", amely a beteggel való teljes test kontaktust jelent. A páciens a kanapén

fekszik, pokróccal betakarva, a terapeuta mellé fekszik, és szorosan átkarolja, utánozva azokat a finom, megnyugtató mozgásokat, amelyeket az anya végez, amikor gyermekét ringatja.

A páciensek ezekről a "fúziós" periódusokról fölöttébb érdekes beszámolókat adnak. Közülük sokan a tápláló anyával való szimbiotikus egység autentikus érzését élik át, amelyet egyszerre tapasztalnak meg a "jó anyamell" és a "jó anyaméh" szintjén. Ebben az állapotban a páciensek magukat csecsemőként élik meg, aki épp szeretetet és táplálékot kap a gondoskodó anyától. Ugyanakkor azonosulnak a magzattal is, amint az a méh óceáni paradicsomában lebeg. Ez az állapot az archetipikus dimenziót és a misztikus elragadtatás elemeit is magában foglalhatja, így a fenti szituációt a beteg úgy is átélheti, mint a Nagy Anyával vagy az Anyatermészettel való kapcsolatot. Ez az élmény legmélyebb formájában a teljes kozmosszal vagy a végső kreatív princípiummal, Istennel való egységet jelent.

Úgy tűnik, a fúziós technika összeköti egymással az LSD-élmény pszichodinamikus, biográfiai szintjét és a tudat transzcendens dimenzióit. Az anaklitikus terápiában részt vett betegek elmondása szerint az anyával való kielégítő kapcsolat élményének átélése alatt az anyatej "egyenesen a tejútból folyt", a placentás keringés képzeletbeli felelevenítésekor pedig az életadó vér áramlását élték meg úgy, mint az anyai szervezettel és a menyeyi forrással való szakrális egyesülést. A fúziós helyzetet, annak pszichológiai és spirituális elágazásaival együtt ismételték úgy írták le, mint az emberi természet legmélyebb igényeinek kielégülését, és ennek rendkívüli gyógyító erőt tulajdonítottak. Voltak páciensek, akik úgy viszonyultak ehhez a technikához, mint egyfajta időgéphez, amely esélyt ad nekik arra, hogy visszamenőleg avatkozzanak be saját deprivált gyermekkorukba. Amikor a traumatikus gyerekkori helyzetek az LSD hatása alatt eredeti relevanciájukban és komplexitásukban élednek újjá, a terapeuta gyengédsége és szerető gondoskodása betöltheti a gyerekkori depriváció és frusztráció okozta vákuumot.

Ebben a kezelési technikában 100-tól 200 mikrogrammig terjedő dózisokat használtak, és az ülések lecsengő periódusában az LSD-t néha ritalinnal is kombinálták. Martin és McCririck jó és viszonylag gyorsan elérhető eredményről számoltak be olyan, mély neurotikus zavarral vagy borderline pszichotikus rendellenességgel küzdő betegeknél, akik gyermekkorukban súlyos érzelmi deprivációt szenvedtek el. Cikkeik, tudományos konferenciákon tartott előadásai, valamint az anaklitikus technikát dokumentáló filmjük rendkívüli érdeklődést váltott ki az LSD-terapeuták körében, de ugyanakkor heves vitákat is generált. A kollégák reakciói a csodálattal vegyes lelkesedéstől a módszer teljes elutasításáig terjedtek. A pszichoanalitikusan orientált terapeuták főként azért illették kritikával őket, mert megsértették az érintéssel szemben fennálló pszichoanalitikus tabut. Ezen kívül úgy tartották, hogy a fúziós technikának negatív hatása lehet az áttétel-vizontáttétel problémáira is.

Martin és McCririck válaszukban azt állították, hogy a kapcsolati áttételekkel jóval nagyobb nehézségeik voltak a fúziós technika használata előtt. Véleményük szerint az áttételt épp az szítja és tartja fenn, hogy a beteg a hagyományos terápiás kapcsolatban kielégületlen marad, hiszen ennek során is a múltban elszenvedett fájdalmas elutasítások ismétlődését éli át. Ha az anaklitikus igények a szer által előidézett mély regresszív állapotban kielégülést nyernek, akkor a páciens képessé válik arra, hogy leszakadjon a terapeutáról, és saját életében keressen megfelelő tárgyat érzelmi kötődései számára.

Ez a helyzet párhuzamot mutat a személyiségfejlődés korai szakaszával. Az a gyermek, akinek infantilis érzelmi igényeit szülei megfelelően kielégítették, viszonylag könnyen feladja családi kötődéseit, és könnyebben válik önállóvá. Az a személy viszont, aki gyermekkorában érzelmi deprivációtól és frusztrációtól szenvedett, általában felnőttként is a szimbiotikus interakciós minták, a destruktív és önpusztító ragaszkodás, a függőség és a függetlenség életre szóló problémáinak rabságában vergődik. Martin és McCririck szerint az anaklitikus terápia kritikus pontja az, hogy a fúziós technikát csak a mély regresszió ideje alatt szabad alkalmazni, és az élményeket szigorúan a pregenitális szintre kell korlátozni. Nem szabad használni a fúziós technikát az ülés lecsengő szakaszában, amikor az anaklitikus elemek könnyen összetéveszthetők lennének a felnőtt szexuális mintákkal.

Az anaklitikus technika sosem tett szert széles körű elfogadottságra. Alkalmazása, úgy tűnik, szoros kapcsolatban volt kidolgozóinak személyiségével. A terapeuták többsége - különösen a férfiak - érzelmileg problémásnak és kényelmetlennek találják azt a lehetőséget, hogy a fúzió révén intim közelségbe kerüljenek betegeikkel. Ugyanakkor az LSD-pszichoterápiában megkérdőjelezhetetlen a fizikai kontaktus fontossága, így a testi kapcsolat más, kevésbé intenzív formáit számos terapeuta használja rutinszerűen a munkájában.

Hipnodelikus terápia

E kezelési technika elnevezése a "hipnózis" és a "pszichedelikus" szavakból képzett szóösszetétel. A módszert Levine és Ludwig (58) dolgozták ki, céljuk az volt, hogy az LSD tudatfeltáró hatását a hipnotikus

szuggesztió erejével ötvözzék. Az LSD-ülések alanyait a hipnotikus technika révén vezették az élményben, egyszerre modulálva annak tartalmát és lefolyását.

A hipnózis és az LSD-re adott reakciók között érdekes kapcsolat fedezhető fel. Fogel és Hoffer (27) arról számoltak be, hogy hipnotikus szuggesztió révén semlegesíteni tudták az LSD hatását, majd egy későbbi időpontban az LSD hatására jellemző élményt tudtak kiváltani egy olyan illetőben, aki aznap nem állt a szer hatása alatt. Tart (100) nevezetes "páros hipnózis" kísérletében a két kísérleti alany - akik mindketten képzett hipnotizőrök és hipnotikus alanyok voltak - egymást hipnotizálta, így juttatták egymást egyre mélyülő transzállapotba. Egy ponton túl nem reagáltak többé Tart szuggesztióira, hanem közös belső utazásra indultak, amely sok hasonlóságot mutatott a pszichedelikus állapottal.

Levine és Ludwig hipnodelikus terápiája egy interjúval kezdődött, amelynek során a terapeuta a páciens klinikai tüneteit, jelenlegi élethelyzetét és élettörténetét tárta fel. Ezután a beteg hipnózis-tanfolyamon vett részt, amelyen megtanították neki, hogy miként kerülhet hipnotikus állapotba. A transzindukció fő módszereként a szemfixációt használták. Az ülésre tíz nappal később került sor, 125-200 mikrogramm LSD használata mellett. A felfutási időszakban, amely a szer orális adagolása esetén 30-40 perc, a páciens hipnotikus indukciónak tették ki, hogy az LSD-hatás indulásának időpontjára transzállapotba kerüljön. Az LSD-élmény és a hipnotikus jelenségek közötti átfedésnek köszönhetően a hipnotikus transzból az LSD állapotba való átlépés viszonylag simán lezajlott. A szerhatás intenzitásának tetőzésénél a pszichiáterek nekikezdték a terápiás munkának, amelyhez felhasználták a pácienssel kialakult hipnotikus rapportot is. A beteget segítették a fontos problématerületek feldolgozásában, bátorították az ellenállásokon és a pszichológiai védekezésen való túllépésben, elvezették a releváns gyermekkori emlékekhez, illetve elősegítették a katarzist és a lereagálást. Az ülés végén a páciens poszt-hipnotikus szuggesztióban részesült, hogy az ülés minden részletére emlékezzen és az ülést követő periódusban is dolgozzon a felmerült problémákon. Az ülés napjának hátralevő részét a beteg egy számára elkülönített szobában töltötte.

Levine és Ludwig a hipnodelikus terápia hatékonyságát drogfüggőkön és alkoholistákon vizsgálta. Az eredeti cikk szerint az LSD és a hipnózis együttesen hatékonyabbnak bizonyult, mint a két módszer bármelyike önmagában véve.

Tömeges LSD-terápia

Az LSD-terápia e formájánál az ülések a pszichedelikus kezelési program résztvevőiből álló csoportban zajlanak, és minden páciens közepes vagy nagy dózisu LSD hatása alatt áll. Az LSD-vel támogatott csoportos pszichoterápiától eltérően ebből a megközelítésből hiányzik a koordinált csoportmunkára való törekvés. A szert azért adják egyszerre nagyszámú betegnek, hogy ezzel időt spóroljanak a terápiás csapat számára. Bár a betegek ugyanabban a helyiségben vannak, élményeiket mégis individualizáltan élik át, és a szer hatása alatt csak elvétve, érintőlegesen találkoznak vagy kommunikálnak egymással. Általában az egész csoport ugyanazt a zenét hallgatja, de arra is van példa, hogy a betegek több alternatíva közül választhatnak. Az ülést esetenként érzelmileg releváns és provokatív jelenetek, illetve esztétikai hatást kiváltó képek és mandalák vetítése kíséri. A terapeuta és segítői kollektív szupervíziót biztosítanak, egyénileg csak abban az esetben foglalkoznak a betegekkel, ha ez elkerülhetetlenné válik. Az ülést követő napon a résztvevők egyéni élményeiket megosztják a csoport tagjaival.

Ennek a terápiás módszernek is megvannak a maga előnyei és hátrányai. Az a lehetőség, hogy egyidejűleg nagyszámú páciens kezelhetünk, gazdasági szempontból igen előnyösnek tűnik, különösen, ha figyelembe vesszük a rendelkezésre álló mentálhigiénés szakemberek és a kezelésre szoruló pszichiátriai betegek száma közti különbséget. Ugyanakkor az érzékeny, személyre szabott támogatás hiánya ronthatja is e kezelési forma hatékonyságát, mert a betegek annak hiányában nem tudják átdolgozni magukat problémáik különösen nehéz és ingoványos területein. A csoportos helyzet a "pszichés fertőzés" veszélyét is növeli: egyes betegek pánikreakciói, agresszív viselkedése vagy zajos lereagálása negatívan befolyásolhatja a többiek élményét. Ha a terapeuták képesek arra, hogy a csoportos megközelítést hatékonyan kombinálják az alkalmi jellegű individuális munkával, akkor ennek a kezelési módnak az előnyei felülmúlhatják a lehetséges hátrányokat.

Az ilyen jellegű kezelési programok közül a legismertebb Salvador Roquet (87) mexikói pszichiáter, a Mexico City-beli Albert Schweitzer Szövetség alapítójának nevéhez fűződik. Bár az ő terápiás programjában az LSD-n kívül számos egyéb szert is felhasználtak, mindenképpen megérdemli, hogy módszeréről e kontextusban részletesebben is szót ejtsünk. Roquet pszichoanalitikai ismereteit a mexikói indián népcsoportok ősi orvoslási gyakorlatával és ceremóniáival kombinálta; így jött létre a pszichedelikus szerekkel folytatott terápia új, többdimenziós megközelítése, amelynek ő a pszichoszintézis nevet adta. (Ez a

pszichoszintézis nem tévesztendő össze Roberto Assagioli Olaszországban létrehozott rendszerével, amely nem használ pszichedelikus szereket, jóllehet a pszichedelikus terápiához hasonlóan nagy hangsúlyt helyez a transzperszonális jelenségekre.) Roquet megközelítésében a terápia 10-28 fős, vegyes korú és nemű páciensek alkotta csoportokban zajlott. A tagokat úgy válogatták össze, hogy a csoportot a lehető legheterogénebbé tegyék kor, nem, klinikai problémák, a használt pszichedelikus szer, valamint az addigi kezelés időtartama szempontjából. Minden csoportban voltak kezdők, akik csak most kezdték a terápiás munkát, haladók, akik a kezelés közepén jártak, és végül olyanok is, akik terápiájuk befejezéséhez közeledtek. A heterogén csoportokkal a kutatónak az volt a célja, hogy minél több alkalmas tárgyat biztosítson az ülés során felmerülő projekciók és képzeletbeli szerepek számára. Így válhattak a csoport tagjai autoriter személyekké, az anya, az apa vagy egy testvér helyettesítőjévé, esetleg a szexuális érdeklődés tárgyává.

Az üléseket az indiánok példáját követve éjszaka tartották. Valamennyi résztvevő összegyűlt egy evokatív témákat ábrázoló festményekkel és poszterekkel díszített nagy teremben, ahol nagyjából két órán át vezetés nélküli, kötetlen beszélgetést folytattak. Ezekben a találkozókban a betegek megismerhették a csoport új tagjait, valamint megoszthatták saját féltéseiket, reményeiket és várakozásaikat. A többiek jelenléte lehetőséget adott a különféle projekciók és áttételes kapcsolatok kifejlődésére; ezek az LSD hatása alatt katalizátorként működtek, és gyakran vezettek értékes meglátásokhoz. A beszélgetést követően elkezdődött maga az ülés, amelyen a pszichedelikus szerek széles választékát alkalmazták, többek között LSD-t, peyotlot, különféle pszilocibin tartalmú gombákat, hajnalka-magokat, *Datura ceratocaulumot* és ketamint.

A betegek az idő nagy részét a fal mellett sorakozó matracokon fekvé töltötték, de ha ennek szükségét érezték, felkelhettek és járkálhattak is. Az ülésen két sztereó rendszert használtak; a zene és a különféle hangok széles palettája állt rendelkezésre, hogy a csoport reakcióinak mélységét és intenzitását befolyásolja. A külső ingerek közül külön említést érdemel egy érzékeny túlvezérlésre szolgáló show, amelynek részeként képeket és filmeket vetítettek, illetve sztereó hanghatásokkal és színes fényt vetítő stroboszkóppal bombázták az LSD hatása alatt álló résztvevőket. Az egyébként véletlenszerű, konfúzus kép- és hangfolyamba olyan, a pszichedelikus élmény során komoly relevanciával bíró témákra tett utalásokat is beleszórtak, mint a születés, a halál, az erőszak, a szexualitás, a vallás vagy a gyermekkor. Az audiovizuális show körülbelül hat órán át tartott, ezt egy reflektív fázis követte, amely a napfelkeléssel zárult. Ezt követően a terapeuta és valamennyi résztvevő lefeküdt egy órára pihenni.

A pihenő után integrációs ülés következett, amelynek során a betegek megosztották egymással élményeiket. E fázis fő célja az volt, hogy segítse az ülés során feltárt anyag integrálását, illetve tippeket adjon a betegeknek meglátásaik mindennapi életben való alkalmazásához. Az interakciók jellegétől függően ez a folyamat 4-12 órát vett igénybe. Egy terápiás ciklus a klinikai problémák természetétől és komolyságától függően 10-20 ülésből állt. A betegpopulációt főként neurotikus járóbetegek alkották, jóllehet Roquet antiszociális személyiségekkel és válogatott szkizofrénekkal is ért el sikereket.

AZ LSD-TERÁPIA ÁTFOGÓ ELMÉLETÉNEK SZÜKSÉGESSÉGE

Az LSD-vel folytatott terápiás célú kísérletezést és általában a pszichedelikus kutatómunkát igen negatívan befolyásolta a feketepiac jelenléte, a laikusok felügyelet nélkül folytatott önkísérletezése, a szenzációhajhász média és az irracionális törvényi szabályozás. Annak ellenére, hogy az LSD-t idestova három évtizede ismerjük, a hatásait és terápiás potenciálját tárgyaló szakirodalomban sok az ellentmondás és a hiányosság. A terület további fejlődésének feltétele, hogy a különböző országok kutatócsoportjai együttműködjenek a kísérleti adatok gyűjtésében és a szakmai közösség informálásában. Jelenleg világszerte folyamatosan csökken azoknak a helyeknek a száma, ahol az LSD-t tanulmányozzák, és ez a trend várhatóan tovább folytatódik. Bár a széles körű pszichedelikus kutatás jelen kilátásai eléggé sivárak, vannak arra utaló jelek, hogy a terület szisztematikus feltárása folytatódni fog, mielőtt a témát övező zűrzavar leülepszik, és átadja helyét a problémák racionális vizsgálatának.

Bárhogy alakuljon is az LSD-kutatás jövője, jó okunk van rá, hogy kielemezzük, majd egyszerű és átfogó formában összefoglaljuk az eddig elvégzett munkából származó megfigyeléseket, eredményeket és legfontosabb meglátásokat. Hogy ez az összefoglaló az LSD-korszak sírfelirata lesz-e, vagy a jövő pszichedelikus kutatóinak alapműve, ma még nem lehet megítélni. Ha korunkban tényleg a pszichedelikus kutatás "hattyúdalt" halljuk, akkor egy ilyen mű rámutathat a mindmáig feloldatlan ellentmondásokra, a tisztázásra váró kérdésekre és az LSD hatásának természetéről szóló elméletek hiányosságaira. Ha viszont az

LSD-kutatás folytatódni fog, akkor a jelenlegi zűrzavart okozó nézeteltérések tisztázása fontos gyakorlati jelentőséggel bír. További nagyszabású, kontrollált vizsgálatokra van szükség ahhoz, hogy az LSD pszichiátriai segédeszközként tanúsított hatékonyságát kellő tudományos alapossággal megbecsülhessük. Ha e kísérletek tervezésénél nem vesszük figyelembe a múlt hibáit, akkor féltő, hogy újra elkövetjük azokat, és így az új kutatások sem fognak meggyőző eredményeket hozni.

Amint ez az eddig elmondottakból kiderült, az egyes kutatók és kutatócsoportok az LSD-t nagyon eltérő premisszákkal használták. Más terápiás célokat követtek, különböző elméleti rendszerekben gondolkodtak, eltérő technikákat használtak, és a szert a lehető legkülönbözőbb kontextusokban alkalmazták. Hitem szerint az LSD-terápia körül kialakult nézeteltérések fő oka az, hogy nem értjük az LSD-hatás természetét: nincs olyan, mindenki számára elfogadható elméleti rendszer, amely a megfigyelt adatok hatalmas tömegét egy közös nevezőre hozná. Egy ilyen elméleti rendszernek értelmeznie kellene mind az egyedi, elszigetelt üléseket használó, mind a sorozatos ülésekre épülő terápiás megközelítéseket, magyarázatot kéne adnia az üléseken átélt élmények tartalmára és az ülések lefolyására is. Meg kéne világítania az olyan extrafarmakológiai tényezők LSD-ülések alakulásában játszott szerepét, mint az alany és a vezető személyisége, kölcsönös kapcsolatuk, valamint a set és a setting különféle elemei.

Egy átfogó elméleti rendszernek számat kell adnia az esetenként előforduló hosszan tartó reakciókról, az ülések némelyikét követő pszichotikus összeomlásokról vagy az LSD-hatáshoz hasonló állapotok későbbi spontán felbukkanásairól ("flashbackek") is. Ezekről a jelenségekről a mai napig nem rendelkezünk teljes körű, kielégítő ismerettel, és ennek komoly gyakorlati következményei vannak. Az egyik ilyen kellemetlen következmény, hogy a mentálhigiénés szakemberek nem tudják megfelelően kezelni a pszichedelikumok nem orvosi célú használata során adódó komplikációkat, beavatkozásuk többnyire hatástalan és gyakran ártalmas is.

Az LSD-pszichoterápia átfogó elméletének át kell hidálnia a két legrelevánsabb és leglényegesebb kezelési forma, a pszicholitikus és a pszichedelikus terápia, valamint az olyan rokon eljárások, mint az anaklitikus és a hipnodelikus terápia közötti távolságot. Az elmélet alapján látnunk kell az egyes módszerek közös nevezőjét, egyedi jellemzőit, indikációit és kontraindikációit, előnyeit és hátrányait egyaránt. Az LSD-hatás legfontosabb aspektusait korrekten tükröző elméleti rendszernek gyakorlati útmutatással kell szolgálnia az LSD-pszichoterápiás felhasználásának optimális feltételeit illetően. Ez magában kell foglalja az általános kezelési stratégiát éppúgy, mint a dózissal, a különféle speciális helyzetekben hatékonyan alkalmazható technikákkal vagy a set és a setting specifikus elemeivel kapcsolatos részleteket is. Végül egy átfogó elméletnek mind elméleti, mind gyakorlati síkon adnia kell olyan előrejelzéseket, amelyek helytállósága a tudományos módszerrel ellenőrizhető.

Mai tudásunk alapján nagyon nehéz lenne egy olyan elméleti rendszert felállítani, amely a fenti kritériumok mindegyikét kielégítené. A jelen helyzetben még egy elnagyolt, közelítő értelmezést nyújtó rendszer megalkotása is jelentős előrelépés lenne, ha az egységbe szervezné a legfontosabb megfigyeléseket, és irányelvekkel szolgálna a terápiás gyakorlat számára. A következő fejezetekben megkísérlem egy ilyen hozzávetőleges, az LSD-pszichoterápia elméletét és gyakorlatát tárgyaló keretrendszer bemutatását. Meggyőződésem, hogy minden olyan rendszer, amely képes az LSD-terápiából származó megfigyelések integrálására, egyúttal szükségessé teszi nemcsak az LSD hatásának újfajta értelmezését, de az emberi tudatról és az emberi lények természetéről alkotott modelljeink revideálását is. A spekulációim alapjául szolgáló klinikai kutatások során a tudat olyan új területeire jutottam el, amelyek ma még kívül esnek a nyugati tudomány hatókörén. Túlzás lenne azt feltételezni, hogy az itt ismertetett elgondolások többek lesznek a jövő kutatóinak első, vázlatos térképeinél. Kétségtelen, hogy térképem számos területén el lehetne helyezni a régi felfedezők jelzését: "*Hic sunt leones.*"¹⁵

A következő fejezetekben bemutatott elméleti és gyakorlati keretrendszert tekintsék egy arra vonatkozó kísérletnek, hogy rendszerezem és kategorizáljam, majd logikus és átfogó formában közreadjam mindazokat az élményeket és tapasztalatokat, amelyeket több ezer LSD-ülés levezetése során szereztem. Ez a rendszer már jelenlegi, kezdetleges formájában is lehetővé teszi a klinikai körülmények között levezetett pszichedelikus üléseken, valamint a nem orvosi célú kísérletezés kontextusában fellépő LSD-élmények értelmezését. Alapelveinek követésével jó eredményt érhetünk el a kezelésben, és minimálisra csökkenthetjük az LSD-pszichoterápia kockázatait. Hiszek benne, hogy ez a rendszer irányítúként szolgálhat a pszichedelikus szerek használatával kapcsolatos krízishelyzetek és a felügyelet nélkül zajló önkísérletek különféle komplikációinak sikeres kezelésében is.

JEGYZETEK

1. Egy mikrogramm a gramm 1/1000000, a milligramm 1/1000 része.
2. A *konverzió* olyan váratlan, hirtelen bekövetkező és drámai személyiségváltozás, amely különleges élethelyzetek hatására lép fel az arra pszichésen prediszponált egyénben. A konverzió nyomán fellépő változás iránya rendszerint ellentétes az alany korábbi hiedelmeivel, érzelmi reakcióival, értékeivel, attitűdjeivel és viselkedési mintáival. Az átalakulás elsődlegesen érintett területe szerint beszélhetünk vallási, politikai, morális, szexuális és egyéb konverzióról. Vallási konverzió során előfordul, hogy ateistából igazhívó, sőt, akár vallási fanatikus válik. Az ilyen jellegű konverzió gyakori a különféle vallási szekták gyűlésein vagy olyan híres, karizmatikus prédikátorok hittérítő alkalmain, mint például John Wesley. A vallási konverziót példázza Maya Deren esete is, aki *Mennyei lovasok* (22) című könyvében számol be arról, miként tért át a haiti népcsoportok ősi táncainak tanulmányozása közben a voodoo hitre. Victor Hugo hőséneke, Jean Valjeannak története (39) a morális konverzió tipikus esete, ő a pszichiátriai kézikönyvekbe is utat talált, ahol a korrekatív emocionális élmények egy speciális változata viseli a nevét. A politikai konverzió és a későbbi rekonverzió lenyűgöző illusztrációival szolgál Arthur Koestler a *Nyílvessző a végtelenbe* (47) és *A bukott isten* (46) című műveiben. A vallási jellegű morális és szexuális konverzióra jó példát nyújt a Bibliából Barabás és Mária Magdaléna története.
3. A gyermekkori traumatikus emlékek és a pszicholitikus terápia dinamikája közötti összefüggések feltárása Hanscarl Leuner (57) nevéhez fűződik. Lásd továbbá e könyvsorozat első kötetében (Stanislav Grof: *Az emberi tudattalan birodalma - Feljegyzések az LSD kutatásának történetéből*) (32) a pszichodinamikus élményekkel foglalkozó fejezetet. E könyvre a továbbiakban az alábbi, rövidített címmel fogok utalni: *Az emberi tudattalan birodalma*.
4. A spontán bekövetkező misztikus élményre és a pszichedelikus csúcselményre egyaránt jellemző vonásokat Walter Pahnke (76) foglalta össze. Szerinte ezen állapotok lényegi jellemzői a következők: (1) az egység élménye, (2) a tér és az idő transzcendálása, (3) erős pozitív affektus, (4) az élmény valóságosságának és objektivitásának érzete, (5) szentségézés, (6) szavakkal megragadhatatlanság, (7) paradoxonok jelenléte, (8) az élmény átmeneti jellege, mulandósága és (9) az élményt követő pozitív változások az attitűdben és a viselkedésben. A PÉK (Pszichedelikus Élmény Kérdőív) segítségével, melyet Pahnke és Richards fejlesztettek ki, megállapítható, hogy bekövetkezett-e az LSD-ülés során pszichedelikus csúcselmény, és ha igen, segítséget nyújt az élmény mélységének hozzávetőleges meghatározásában is.
5. "*Hic sunt leones*", azaz "itt oroszlánok vannak." Ezzel a kifejezéssel jelölték a korai térképészek a térkép azon részeit, amelyeket még nem derítettek fel kellőképpen, így nem lehetett tudni, azok miféle veszélyeket rejtegetnek az utazók számára.

2 AZ LSD-TERÁPIA LEGFONTOSABB TÉNYEZŐI

Az LSD farmakológiai hatásai

Az alany személyisége

A terapeuta vagy vezető személyisége

Set és setting

Ha meg akarjuk érteni az LSD-kiváltotta élményeket és az LSD-pszichoterápia működési mechanizmusát, akkor tisztába kell jönnünk az LSD-re adott reakciót determináló tényezőkkel. A kutatások kezdeti időszakára jellemző megközelítések az LSD-élményt egyfajta "modell-szkizofréniaként" vagy "toxikus pszichózisként" értelmezték. Úgy gondolták, hogy a szer hatása alatt felmerülő jelenségek az agy normál fiziológiai és biokémiai működésébe való kémiai beavatkozás közvetlen eredményei. Ezeket a leegyszerűsített és redukcionista elképzeléseket azóta a terület minden komoly kutatója elvetette. Az LSD-vel foglalkozó szakirodalom számtalan helyen utal rá, hogy a pszichedelikus élményeket elsődlegesen meghatározó és a terápiás folyamatban kulcsszerepet játszó tényezők függetlenek magától a szertől. Ha az LSD-re adott reakciókat azok teljes komplexitásában kívánjuk megérteni, akkor nem elegendő pusztán a szer farmakológiai hatásaira koncentrálnunk. Figyelembe kell vennünk az extrafarmakológiai változókat is: az alany személyiségét, érzelmi állapotát, aktuális élethelyzetét, a vezető vagy terapeuta személyiségét, az alany és a vezető kapcsolatának jellegét, valamint a tényezők további két terjedelmes csoportját, amelyekre "set"-ként és "setting"-ként utal a szakirodalom.

AZ LSD FARMAKOLÓGIAI HATÁSAI

Mivel az LSD elfogyasztása szükséges előfeltétele az LSD-élmény kialakulásának, logikus lenne feltételezni, hogy a folyamatban maga a szer az elsődleges meghatározó tényező. Az LSD-pszichoterápiában gyűjtött megfigyelések figyelmes elemzése azonban világossá teszi, hogy a helyzet ennél jóval bonyolultabb. Az LSD-ülések során előforduló jelenségek köre meglehetősen széles. Talán nincs is olyan perceptuális, emocionális vagy pszichoszomatikus megnyilvánulás, amelyre az LSD-ülések jegyzőkönyveiben ne találnánk példát. A szer ugyanolyan körülmények között elfogyasztott, egyforma dózisaiban a résztvevőkben élesen különböző élményeket váltanak ki. Ezt az extrém sokoldalúságot és interindividuális változatosságot hasonlóan meglepő intraindividuális változatosság egészíti ki: ha ugyanaz az ember ismételtelen vesz be LSD-t, akkor az egymást követő ülések jellege, tartalma és lefolyása jelentős különbségeket mutathat. Ez a változatosság már önmagában komoly érv az ellen, hogy az LSD-re adott reakciót pusztán az egyszerű biokémiai és fiziológiai hatások közvetlen okozataként kezeljük.

Mind elméleti, mind gyakorlati szempontból fontos és érdekes az a kérdés, hogy vannak-e az LSD-nek olyan invariáns, konzisztens és sztenderd hatásai, amelyek tisztán a szer farmakológiai működésének tulajdoníthatók. Ha ilyen hatások léteznek, akkor azok nem függhetnek sem a személyiség struktúrájától, sem a külső körülményektől: kivétel nélkül mindenkinél jelentkezniük kell, aki elegendően nagy mennyiségű LSD-t vesz be. Hasonlóan érdekesek, és mind elméleti, mind gyakorlati szempontból relevánsak azok a kérdések, amelyek a különféle extrafarmakológiai változók LSD-élmény alakulásában játszott szerepét boncolgatják. Az LSD-vel végzett kutatómunkám során nyert adatok elemzésével én is kísérletet tettem rá, hogy beazonosítsam az LSD valóban invariáns, mindenkinél egyformán jelentkező farmakológiai hatásait. Legnagyobb meglepetésemre azonban az LSD-üléseken készült közel ötezer jegyzőkönyv feldolgozását követően nem maradt egyetlen olyan tünet sem, amely kivétel nélkül minden ülésen előfordult volna és így valóban invariánsnak tekinthetnénk.

Az optikai percepció módosulását rendszerint az LSD-kiváltotta állapot tipikus elemeként írják le, így ezek a tünetek komoly eséllyel pályáztak rá, hogy invariánsnak bizonyuljanak. Ám annak ellenére, hogy az abnormis vizuális jelenségek valóban elég gyakran szerepelnek a feljegyzéseimben, tanúja voltam több olyan nagy dózisú LSD-ülésnek, ahol semmiféle változás nem állt be az optikai percepcióban. Ezek az ülések esetenként intenzív szexuális élmények alakját öltötték, máskor fizikai rosszulléttel és rossz közérzettel kísért masszív szomatizáció, vagy a test különböző részeiben érzékelt éles fájdalom jellemezte őket. A pszicholitikus kezelés előrehaladottabb fázisaiban, valamint egyes pszichedelikus üléseken az ilyen élmények két további változatával találkoztunk: az alanyok vagy saját születésüket élték újra egy brutális és

primitív tapasztalati komplexum formájában, vagy elmerültek a "tartalom nélküli, ám mindent magában foglaló" kozmikus egység és Szuprakozmikus Üresség transzcendens, paradox természetében.

E ponton érdemes külön kitérnünk az LSD-kiváltotta állapotot kísérő fizikai tünetekre, amelyeket a korai beszámolók az agy vegetatív központjaira gyakorolt kémiai stimuláció direkt következményének tekintettek. Ezt a hipotézist saját, nagyszámú LSD-ülésem nem támasztják alá. Az LSD-re adott reakciót kísérő fizikai tünetek ülésről-ülésre változnak. A pszichedelikus szerek csoportjának más képviselőin kívül nem ismerünk olyan szert, amely annyira széles körű "vegetatív tüneteket" váltana ki, mint az LSD. Ezek a tünetek - amelyek meglepő módon szimpatikus és paraszimpatikus idegrendszeri hatásokat egyaránt magukban foglalnak - különféle tünetcsoportok formájában bukkannak fel. Az alacsony és magas dózisokat használó üléseken egyaránt előfordulnak, dózis-válasz-összefüggés nem állapítható meg. Sok nagy dózissal folytatott LSD-ülésem ezek a tünetek vagy teljességgel hiányoznak, vagy szakaszosan jelentkeznek, mindig szoros kapcsolatban a nehézséget okozó, erősen védett tudattalan anyag aktivizálódásával. Ugyanakkor van olyan alacsony dózisú ülés, amelyen a szerhatás teljes időtartama alatt masszív vegetatív tünetegyüttes figyelhető meg. Gyakori tapasztalat, hogy a komoly fizikai tünetektől szenvedő alany egy újabb adag LSD bevitelét követően át tudja adni magát az élménynek, szembesül a tünetek mögött meghúzódó problémával, feldolgozza azt, és ennek következtében egy csapásra megszabadul a kellemetlen szomatikus jelenségektől. Az LSD hatását kísérő tünetek igen érzékenyen reagálnak a pszichológiai befolyásra: gyakran módosíthatók, sőt meg is szüntethetők a megfelelő külső impulzusok vagy pszichoterápiás beavatkozások, például a terapeuta releváns interpretációi, egy bizonyos személy megérkezése, fizikai kontaktus vagy bioenergetikai gyakorlatok révén.

Az LSD-re adott reakció fizikai megnyilvánulásai közül megkülönböztetett figyelmet érdemel a pupillatágulás (mydriasis). Ez a jelenség oly gyakori, hogy számos kísérletező és terapeuta használta a szerhatás fennállásának indikátoraként. Sokáig én magam is úgy gondoltam, hogy ez a jelenség bizonyul majd az LSD-hatás elválaszthatatlan komponensének, ám később több alkalommal is tanúja voltam olyan LSD-ülésnek, amelyen az alany pupillái vagy összeszűkültek, vagy gyors tempóban oszcilláltak az extrém kitágulás és az összehúzódás között.

Hasonló a helyzet az olyan fizikai megnyilvánulásokkal, mint a pszichomotoros agitáció és gátlás, az izomfeszültség, a remegés, a rángás, a rohamokhoz hasonló jelenségek vagy a különféle csavarodó mozdulatok. Ezek egyike sem eléggé sztenderd és megjósolható ahhoz, hogy az LSD direkt farmakológiai hatásának tekintsük. Mindez persze nem jelenti azt, hogy az LSD-nek ne lenne semmilyen konkrét fiziológiai hatása. Az összehasonlíthatatlanul magasabb dózisokat használó állatkísérletekben e hatások létezése tisztán demonstrálható. Saját tapasztalataim azonban arra engednek következtetni, hogy az emberen végzett vizsgálatoknál, valamint a pszichoterápiás gyakorlatban használt dózisok mellett a megfigyelt fizikai megnyilvánulások nem az idegrendszer közvetlen farmakológiai stimulációjának eredményei. Jelenlegi álláspontom az, hogy ezek a tünetek a tudattalanban megbúvó dinamikus mátrixok kémiai aktivációjának tudhatók be, és struktúrájukban hasonlóságot mutatnak a hisztériás konverziók, a szerv-neurózisok, valamint a pszichoszomatikus betegségek tüneteivel.

Az LSD-re adott reakció tartalmához hasonlóan megjósolhatatlan az élmény intenzitása is. Ugyanaz a dózis a különböző egyéneknél jelentősen eltérő erősségű élményt generál. Az LSD-re való érzékenység vagy a hatásával szemben tanúsított ellenállás mértéke nem az alany testfelépítésén, biológiai adottságain vagy metabolizmusának jellegzetességein, hanem komplex pszichológiai tényezőkön múlik. Azok a személyek, akik mindennapi életükben szigorú önkontrollra törekednek és emiatt nehezükre esik a lazítás vagy önmaguk elengedése, gyakran igen ellenállóak az LSD hatásával szemben. Előfordul, hogy még viszonylag nagy dózisok (300-500 mikrogramm) hatására sem mutatnak észlelhető változást. Mások tekintélyes méretű adagnak ellen tudnak állni, ha ezt személyes feladatként tűzik ki maguk elé. Erre több okot is találhatnak: talán szembe akarnak szállni a terapeutával, versengeni akarnak vele, fitogtatni akarják "pszichológiai erejüket", meg akarják mutatni, hogy ők tovább kitartanak, mint betegtársaik, vagy le akarják nyugözni barátaikat. Ezekben az esetekben a felszínes racionalizálás mögött rendszerint mélyebben fekvő, tudattalan motívumokra bukkanhatunk. A szerhatással szemben tanúsított ellenálláshoz vezethet az is, ha az alany nem kap kielégítő felkészítést, instrukciót és támogatást a terapeutától. Ha az LSD-ülés nem a résztvevők teljes egyetértésével zajlik, például az alanyban nincs meg az együttműködési hajlandóság, vagy alapvető hiányosságok vannak a terápiás kapcsolatban, akkor az alany nem lesz képes átadni magát az élménynek. Ilyenkor az LSD-reakció nem is bontakozik ki teljes formájában mindaddig, amíg az ellenállásra készítő motívumokat nem tisztáztuk. Hasonló problémával szembesülnek a felügyelet nélkül folytatott önkísérletezés alanyai is: nagy részük idegenek jelenlétében, ismeretlen környezetben használja a szert, így

nem tudja maradéktalanul átadni magát a szer hatásának. Ezek az utazások gyakran maradnak lezáratlanok és hiányosan integráltak, ami negatív utóhatáshoz, valamint az LSD-re jellemző tudatállapot későbbi váratlan felbukkanásához ("flashback") vezethet. Egy másik megfigyelt jelenség az alany hirtelen kijózanodása, amelyre az ülés bármely szakaszában, bármilyen dózis mellett sor kerülhet. Ez rendszerint annak tudható be, hogy valamilyen mélyből felmerülő traumatisztikus anyag mobilizálja az alany védelmi rendszereit.

A pszichiátriai betegek közül a súlyos kényszerbetegségben szenvedők különösen ellenállóak az LSD hatásával szemben. Kutatásaim során gyakran megfigyeltem, hogy ezek a páciensek akár 500 mikrogramm LSD-nek is könnyedén ellenállnak, és az ülés alatt csak halvány jelét adják a fizikai vagy pszichés kényelmetlenségnek. Szélsőséges esetben több tucat nagy dózisú LSD-ülésre van szükség, mire pszichés ellenállásuk olyan szintre csökken, hogy náluk is megkezdődik a gyermekkori regresszió, és megjelenik a feldolgozásra váró tudattalan anyag. Miután több helyzetnek tanúja voltam, ahol még a dózis igen drasztikus emelése (15000 mikrogramm intramuszkulárisan) sem eredményezett teljesen kibontakozott LSD-élményt, számomra egyértelművé vált, hogy az LSD-vel szemben tanúsított erős pszichés ellenállást nem lehet pusztán a dózis növelésével áttörni. Egy ilyen blokk fokozatos kilazításához ülések egész sorozata szükséges. Az LSD szaturációs pontja 400 és 500 mikrogramm között van, ha az alany erre a dózissra sem ad megfelelő választ, akkor az adag további növelése már nem valószínű, hogy változtat a helyzeten.

Van némi - inkább anekdotikus, mint tudományos - bizonyítékunk arra nézve, hogy a spirituálisan fejlett egyének, akik kiterjedt tapasztalattal rendelkeznek a nem szokványos tudatállapotok terén - esetleg életük nagy részét ilyen tudatállapotban töltötték -, kevésbé reagálnak az LSD-re, mint a hétköznapi emberek. Ennek leghíresebb példája Ram Dasstól származik, aki azt állítja, hogy indiai gurujából semmilyen értékelhető hatást nem váltott ki, amikor két különböző alkalommal rendkívül nagy mennyiségű LSD-t adott neki (900 és 1200 mcg). (83) Ezek a megfigyelések azt sejtetik, hogy a szer hatásával szemben fennálló érzéketlenség paradox módon két, egymással szöges ellentétben álló létállapotból is levezethető: okozhatja a túlzott merevség és a védelmi rendszerek túlfejlettsége, de ugyanakkor az extrém nyitottság és a határok teljes hiánya is.

A fenti bizonyítékok áttekintése után arra a következtetésre juthatunk, hogy az LSD-nek - az emberekkel folytatott kísérleti és klinikai kutatómunka során használt dózisok mellett - nincs semmilyen konkrét, tisztán elkülöníthető és invariáns farmakológiai hatása. Miután ezt tisztáztuk, megkísérelhetjük kideríteni, milyen hatásai vannak e szernek egyáltalán. Saját tapasztalataim alapján ezek a hatások igen kevésbé specifikusak, és csak a legáltalánosabb terminusokkal foghatók meg. A különféle érzékelési modalitásokban bekövetkező perceptuális módosulások az ülések nagy többségénél megfigyelhetők. A tudat általában minőségi változáson megy át, és álomszerű jelleget ölt. Rendszerint könnyebben hozzáférhetővé válik a tudattalanban megbúvó anyag, és átjárhatóbbá válnak a pszichés védelmi rendszerek. Az érzelmi reakciókészség szinte minden esetben jelentősen megnövekszik, az affektív tényezők fontos szerepet kapnak az LSD-reakció alakulásában. A szer hatásának érdekes és lenyűgöző sajátossága, hogy markánsan felerősíti mind a mentális, mind a neurális folyamatokat.

Hatása alatt intenzívebbé válhatnak, illetve externalizálódhatnak a páciens pszichogén tünetei, köztük olyanok is, amelyekről gyermekkorában vagy későbbi életrészekében szenvedett. Az egyén, miközben tüneteit az LSD nagyítóüvege alatt szemléli, gyakran felismeri, hogy a felszíni jelenségek mögött tudattalan folyamatok egész hálózata húzódik meg, azaz felfedezi betegségének pszichodinamikus, perinatális és transzperszonális gyökereit. A tudattalantól erős emocionális töltést hordozó pozitív vagy negatív emlékek merülnek fel, és az alany újra átéli ezeket, csakúgy, mint a személyiség különböző szintjein elhelyezkedő dinamikus mátrixok vagy a kollektív tudattalan komplex megnyilvánulásait. Az ülés során olyan neurológiai jelenségek is felerősödhetnek és manifesztté válhatnak, mint az arthritisszel, csigolya-eltolódással, különféle gyulladásos folyamatokkal vagy műtétekkel és egyéb traumákkal kapcsolatos idegi fájdalmak. Különösen gyakori, hogy az alany elmúlt balesetekkel vagy operációkkal kapcsolatos érzeteket él újra. Elméleti szempontból érdekes, hogy az LSD-ülések alanyai olyan múltbeli operációk alatt elszenvedett fájdalmakat és egyéb érzeteket is újra tudnak élni, amelyek során végig mély altatásban voltak. Az LSD és a többi pszichedelikum neurológiai folyamatokra ható aktiváló és erősítő képessége annyira kivételes, hogy a szert több cseh neurológus is sikerrel használta a látens paralízisek és a központi idegrendszer egyéb finom szervi károsodásainak kimutatására. (24) Ennek a hatásnak negatív oldala, hogy a szer rohamot válthat ki a manifeszt epilepsziától szenvedő vagy a betegségre látens hajlammal bíró személyekben. Az epilepsziás rohamok nehezen kontrollálható gyors sorozata, az ún. *status epilepticus* egyike az LSD-terápia valóban komoly fizikai kockázatainak.

A kutatásaim során gyűjtött adatok elemzése nem mutatott ki egyetlen olyan tünetet sem, amely eléggé invariáns és konzisztens lenne ahhoz, hogy a szer közvetlen hatásának tulajdoníthassuk. Jelenleg úgy tekintek az LSD-re, mint az agyban zajló biokémiai és neurofiziológiai folyamatok erőteljes, nonspecifikus erősítőjére vagy katalizátorára. Úgy tűnik, ez a szer általános, differenciálatlan aktivációt idéz elő, amely elősegíti a személyiség különböző szintjein megbúvó tudattalan anyag felszínre kerülését. Az LSD-élmények gazdagsága, valamint meglepő inter- és intraindividuális változatossága az extrafarmakológiai tényezők döntő szerepével magyarázható.

A következő fejezetekben részletesen áttekintjük azokat a szertől független változókat, amelyek az LSD-pszichoterápiában kiemelt szerepet játszanak. Ezek közé tartozik az alany személyiségstruktúrája, jelen élethelyzete, a vezető személyisége, az alany és a vezető kapcsolatának jellege, valamint az ülés körülményei (set és setting).

AZ ALANY SZEMÉLYISÉGE

Ha az alany személyiségének az LSD-élményre gyakorolt befolyását vizsgáljuk, akkor szem előtt kell tartanunk, hogy az egyes személyiségtényezők másként hatnak az alacsony és közepes dózisokat használó egyéni üléseken, mint a pszicholitikus terápia sorozatos ülésein vagy a nagy dózisú pszichedelikus üléseken. A következő szakaszban először a személyiség felszínesebb tényezőit tekintjük át, majd sorra vesszük azokat a mélyebben fekvő struktúrákat, amelyek az LSD-élményt elsődlegesen determinálják.

A személyiségnek vannak olyan jellegzetességei, amelyek már az LSD-kezelés bevezető, szermentes fázisában, az első interjúk során megfigyelhetők. A kezelésre jelentkező személyek között van egy csoport, akik fokozott szorongással és aggodalommal tekintenek a pszichedelikus ülés elé. Ezek az alanyok számos kérdést tesznek fel, és kételyeket fogalmaznak meg az LSD hatásával vagy a pszichedelikus terápia értékével kapcsolatban. Az újságban olvasott, rádióban hallott vagy TV-ben látott horrorisztikus történeteken emésztik magukat, és addig húzzák az ülésre való felkészülést, ameddig csak lehet. Az ülés időpontjának közeledtével gyakori, hogy egyre erősödő alvászavaraik és szörnyű rémálmaik vannak. Ezeknek a személyeknek jelentős bátorításra és személyre szabott támogatásra van szükségük ahhoz, hogy végül beleegyezzenek az LSD-ülésen való részvételbe.

A tapasztalatok szerint e csoport tagjai mind hasonló konfliktusokkal és problémákkal küszködnek. Mindennapi életükben arra törekcsenek, hogy érzéseiket és viselkedésüket állandó kontroll alatt tartsák. Rettegnek attól, hogy ösztönenergiáikat ideiglenesen vagy permanensen szabadjára engedjék, különös tekintettel a szexuális és agresszív természetű késztetésekre, valamint az akaratlan érzelmi kitörésekre. Gyakran köti gúzsba őket a kontrollvesztéstől és annak feltételezett következményeitől: a társadalmi megszégyenüléstől, a megvetéstől vagy a közbotrányokozástól való félelem. A tudattalanból lépten-nyomon feltörő erővel folytatott küzdelmük rengeteg időt és energiát vesz el tőlük. Helyzetüket tovább nehezíti, hogy nem helyénvalónak érzett ösztönkésztetéseik miatt gyakran vesz erőt rajtuk a kisebrendűségi érzés, a bűntudat vagy a marcangoló önvád. Szorongásuk extrém esetben a megörüléstől vagy a haláltól való félelem alakját is öltheti. Rendszerint kerülnek minden olyan helyzetet, amely a tudattalan impulzusok fölötti kontroll fellazulásával járna, így tartanak a kimerültségtől, a lázzal járó betegségektől, az alvásmegvonástól és az alvást megelőző hipnagóg állapotól. Az éber tudatosság és az alvás közti átmenettől annyira retteghetnek, hogy elalvás előtt hosszú, fárasztó sétára mennek vagy az éjszakába nyúlóan tevékenykednek, így próbálván felgyorsítani az álomba merülés folyamatát.

Mivel a teljes szexuális orgazmushoz az akaratlagos kontroll ideiglenes felfüggesztésére van szükség, a fenti probléma legszembeötlőbb megnyilvánulását rendszerint a szexualitás területén találjuk. Az ide kapcsolódó jelenségek az impotenciától és frigiditástól a részleges és felszínes orgazmuson át a szexuális helyzetek teljes kerüléséig terjednek. Az alanyok, ha szexuális életükről kérdezzük őket, gyakran számolnak be arról, hogy retteghetnek a bennük vagy partnereikben rejtőző agresszív impulzusoktól, mert félnek, hogy ezek szabadjára engedésével elveszítik a helyzet fölötti uralmukat. Ugyanez a szorongás mélyebb szinten a partner bekebelezésétől, vagy a partner általi elnyeletéstől való intenzív, tudattalan félelemként nyilvánulhat meg. Az ilyen problémákkal küszködő emberek gyakran ösztönösen megérik - vagy mások beszámolóiból kikövetkeztetik -, hogy az LSD-nek gátlásoldó hatása van, így használata kontrollvesztéshez és a tudattalan anyag erőteljes kitöréséhez vezethet. Az LSD-ülésen való részvétel lehetősége ennél fogva legérzékenyebb pontjukon, a központi félelmüknél találja el őket. Az előzőleg említett, közösüléssel és orgazmussal

kapcsolatos problémák a perinatális energiák jelenlétét is elárulják (ennek részletes kifejtését ld. a 43. oldalon kezdődő részben).

Az LSD-terápiával szemben tanúsított negatív attitűdöt és a részvételtől való tartózkodást az is kiválthatja, hogy a beteg nem bízik önmagában, embertársaiban, a társadalomban és a világban, amelyben él. Ha ezek az érzések elérik a neurotikus szintet, akkor fontos, hogy kellő időt szenteljünk nekik: addig nem szabad belevágni az LSD-ülésbe, amíg a beteg és a terapeuta között ki nem alakult a megfelelő mélységű bizalmi kapcsolat. Az alany nyíltan paranoid attitűdjé az LSD-terápia kontraindikációjaként kezelendő, különösen, ha a páciens a terapeutát is az üldözők közé sorolja.

Az LSD-terápia iránti lelkesedés, a szer hatásával kapcsolatos részletek utáni élénk érdeklődés, valamint a pszichedelikus üléseken való részvétel kifejezett vágya jellemzi azokat az értelmiségieket, akik mindennapi életüket tompának és monotonnak érzik, ezért egzotikus és stimuláló élmények után kutatnak. E csoport tagjai gyakran különleges tanulási lehetőséget látnak abban, hogy az LSD-ülésen tudatuk rejtett tartományaival szembesülhetnek. Azok a páciensek, akiknél az áttételi kapcsolat erősen pozitív elemeket tartalmaz, néha azt tekintik a pszichedelikus ülés fő attrakciójának, hogy egy egész napon át birtokolhatják a terapeuta teljes és osztatlan figyelmét. Mások tudattalanul vagy többé-kevésbé tudatosan arra használják az LSD-ülést, hogy általa megtapasztalják, kifejezzék és kiéljék az egyébként elfogadhatatlannak minősülő rejtett késztetéseiket.

Alkalmanként előfordulnak olyan páciensek is, akik azért készülnek jelentős energiabefektetéssel és erős motivációval a pszichedelikus ülésre, mert úgy érzik, nem maradt más alternatívájuk az életben. Ezek az emberek szubjektíve elviselhetetlen helyzetbe kerültek, amelyet rendkívüli érzelmi feszültség és intenzív belső konfliktusok jellemeznek. Rendszerint erősen megkérdőjelezzik az élet értelmét, szuicid fantáziákkal játszanak, a különböző élethelyzetekben tanúsított magatartásuk pedig felelőtlennek és vakmerőnek tűnik. Nem képesek tolerálni a bennük tomboló pszichés erők intenzitását, ugyanakkor abba is belefáradtak, hogy mindig ugyanazokat a fájdalmas kompromisszumokat kell megkötniük. Azt keresik, miként vethetnének egyszer és mindenkorra véget ennek a gyötrelmes állapotnak. Fantáziáikban az LSD azonnali enyhülést hozó, mágikus eszközzé válik, amely vagy varázslatos módon kigyógyítja őket problémáikból, vagy hozzásegíti őket önmaguk elpusztításához. Ha ezek az emberek a pszichedelikus ülésen nem élik át az ego halálát és transzcendenciáját, akkor ehelyett önpusztító tendenciáik aktiválódhatnak. Igen fontos, hogy ezeket az attitűdöket időben észrevegyük, és sort kerítsünk a háttérben meghúzódó motívumok elemzésére. A beteggel alaposan át kell beszélnünk a helyzetet, mielőtt a szer alkalmazására sort kerítenénk.

Az eddigi felsorolt tényezőket az első LSD-ülés előtt különös figyelemmel kell kezelnünk. Ha a szert egy terápiás program keretein belül ismételt alkalommal alkalmazzuk, akkor a páciensek többsége elég hamar ráérez arra, milyen lehetőségeket rejt a pszichedelikus élmény az önmegismerés, az érzelmi megnyilvánulások gyökereinek felkutatása és az életben adódó problémák megoldása terén. Idővel még azok a páciensek is felfedezik az élmény terápiás értékét, akik kezdetben az önkontroll elvesztése miatt aggódtak. Korábbi elképzelésüket, miszerint az önkontrollt, ha egyszer elveszítették, soha többé nem szerezhetik vissza, felváltja az a belátás, hogy pszichés védelmi rendszereik felfüggesztése akár felszabadító hatású is lehet. A világban való létezés új módjára eszmélnek rá, amelyben a dolgok kézben tartása már nem igényel erőfeszítést: megszabadulnak a lényük mélyére lefojtott, feszítő és sürgető energiáktól, amelyek korábbi világukban állandó, lankadatlan figyelmet követeltek tőlük.

A sorozatos LSD-ülésekkel kezelt páciensek zöménél pozitív attitűd alakul ki a kezelés iránt. Bár a nehezebb ülések után egyes páciensek félelmet mutathatnak és tartózkodóvá válhatnak a terápia további folytatásával szemben, az esetek nagy részében még ez sem ingatja meg a folyamat értékébe vetett bizalmukat. Ez alól a fő kivételt a súlyos kényszerneurotikusok jelentik, akik pesszimista attitűdjüket sikerrel tartják fenn a kezelés teljes időtartama alatt. Pesszimizmusukat rendszerint igazolja és megerősíti, hogy üléseik eseménytelenül, bármilyen értékelhető terápiás eredmény nélkül zajlanak.

Külön említést érdemel az LSD-alanyok egy csoportja, akik kivételes intelligenciával rendelkeznek és kifejezett érdeklődést mutatnak az emberi kultúra, a pszichológia, a művészetek, a filozófia és a vallások iránt. Ezek a személyek hamar ráébrednek, hogy a sorozatos LSD-ülések folyamatában messze túlléphetik a hagyományos mély-pszichológiai analízis kereteit, és kivételes lehetőséget kapnak a filozófiai vagy spirituális megismerésre. E belátás nyomán nagy érdeklődéssel és mély átéléssel vetik bele magukat a pszichedelikus önmegismerésbe. Az a tény, hogy az LSD-ülések révén szembesülhetnek az univerzum misztériumaival és az emberi létezés végső rejtélyével, számukra ezt a folyamatot az ősi kultúrák spirituális gyakorlataival, beavatási szertartásaival, a templomos misztériumokkal vagy a misztikus hagyományok ezoterikus eljárásaival teszi egyenértékűvé.

Érdekes kapcsolatot figyeltünk meg egyes páciensek klinikai diagnózisa és tünetegyüttese, valamint LSD-élményeik természete között. Ezek az összefüggések a kényszerneurotikus betegeknél a legszembetűnőbbek. A kényszerneurotikusok az esetek többségében félnek az üléstől: fenntartásaik vannak, kérdéseket hangoztatnak és késleltetik a kezelés megkezdését. Az LSD hatásával szemben rendkívüli ellenállást tanúsítanak: gyakran még a kivételesen nagy dózissal operáló üléseik is eseménytelenül telnek - leszámítva azt a küzdelmet, amelyet realitásérzékük és önkontrolljuk fenntartása érdekében folytatnak. Ezeknek az alanyoknak az optikai érzékelésében gyakorlatilag semmilyen változás nem figyelhető meg, az LSD hatásának egyedüli jele az erőteljes szomatizáció. Ha vannak is szokatlan érzéseik, ezek olyan kellemetlen fizikai tünetekben merülnek ki, mint a fejfájás, gyengeség, kimerültség, rossz közérzet, szédülés, ájulás közeli állapot, rosszullét, verejtékezés, hidegrázás vagy a hóhullámok. Néha megriadnak, mert úgy érzik, kezdik elveszíteni a kapcsolatot a valósággal. Aggódnak szexuális és agresszív késztetések felerősödése miatt, de rágódnak önérzeti kérdéseken vagy különféle etikai problémákkal kapcsolatos konfliktusokon is. Üléseik alatt intenzív belső küzdelmet folytatnak, amely az ülést követő időszakban sokszor vezet szélsőséges kimerültséghez. A kényszerneurozisz extrém formáitól szenvedő pácienseknél nagyszámú LSD-ülésre lehet szükség, mire ellenállásuk olyan szintre csökken, hogy élményeikben valamilyen konkrétabb tartalom is megjelenik.

A hisztérikus személyiségstruktúrával és tünetekkel rendelkező pácienseknél az LSD-ülések természete, tartalma és lefolyása rendszerint szöges ellentétben áll a kényszerbetegeknél megfigyelhető reakciókkal. Ezek a betegek többnyire izgatottan és kíváncsian viszonyulnak a terápiás eljárásához, és az LSD-élménnyel szembeni attitűdjük is jóval pozitívabb, mint az előző csoporté. A hisztérikus páciensek rendkívül érzékenyek az LSD-re, gyakran már egy relatíve alacsony dózis is drámai reakciót vált ki belőlük. A perceptuális változások esetükben rendkívüli gazdagságot mutatnak, különösen a vizuális jelenségek és az intenzív testi érzetek terén. A hisztérikus páciensek LSD-élményeinek világát - a klasszikus pszichoanalízis megfigyeléseivel összhangban - a gazdag szexuális szimbolika és az erotikus természetű percepciók uralják. Festői látomásaik elbűvölő ábrándok és vágyálmok drámai, színes és eleven vizualizációiból állnak. Ezt az idilli folyamatot csak az zavarja meg, amikor a páciensek traumatikus vagy patogén emlékkonstellációkhoz közelítenek. Más LSD-alanyokhoz hasonlóan a hisztérikus páciensek sem mentesek a pszichedelikus ülések során felmerülő nehéz és fájdalmas élményektől. Ugyanakkor úgy tűnik, igen jól tűrik a szenvedést: az embertelen iszonyatot és a borzalmas kínokat éppúgy értékelni tudják, mint az eksztatikus elragadtatás epizódjait. Ezek a páciensek - akárcsak a szermentes terápiában, úgy itt is - különleges kihívást jelentenek az áttétel és a viszont-áttétel vonatkozásában.

Az LSD-pszichoterápiából származó megfigyelések alátámasztani látszanak Freud azon megállapítását, hogy közeli kapcsolat áll fenn a homoszexualitás és a paranoid viselkedés között. Többször megfigyeltük, hogy a homoszexualitás körüli látens vagy manifeszt problémával küzdő páciensek az átlagnál hajlamosabbak a pánikreakcióra, a paranoid percepcióra, az LSD-élménnyel kapcsolatos projekcióra, valamint az ülés során adódó helyzetek vagy az ülés egészének félreértelmezésére. Ezek a nehézségek rendszerint épp akkor jelentkeztek vagy erősödtek fel, amikor a páciens figyelme a homoszexualitással kapcsolatos problémára irányult.

A klinikai depressziótól szenvedő betegek tünetei és pszichedelikus élményeik jellege között nem találtunk állandó és egyértelmű korrelációt. Az LSD-ülések gyakran elmélyítik a megelőző depressziós állapotot, és felerősíthetik a szuicid fantáziákat. A depressziós betegek klinikai állapota azonban eléggé labilis, hajlik a drámai változásra és áttörésekre. A neurotikus depressziónál a megnövekedett affektív labilitás eredményeként kialakulhat olyan állapot, amelyben a depresszív affektust és a zokogást azzal egyidejű eufória és erős nevetés kíséri, vagy e két jelenség gyors ütemben váltakozik egymással. Nem ritka, hogy egy depressziós páciens az ülés nagy részét kifejezetten euforikus, sőt eksztatikus állapotban tölti. Az ilyen ülések után sokszor lép fel jelentős, esetenként tartós javulás. Számos eseti megfigyelés tanúsítja, hogy az LSD képes teljes remisszióba lökni egy makacsul ismétlődő periodikus depressziót. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy a szer megváltoztatná a személyiségstruktúrát, vagy megakadályozná, hogy a betegség a szokásos időpontban újra előtörjön.

A depressziós páciensek LSD-ülésein szerzett tapasztalatok arra utalnak, hogy a szer hasznos eszköz lehet az exogén és endogén depresszió differenciáldiagnosztikájában. Az exogén depresszióban szenvedő páciensek ülései rendszerint gazdag életrajzi anyagot hoznak felszínre, amely témájában és dinamikájában egyaránt a betegségre utal. Endogén depressziónál az ülések tartalma jóval korlátozottabb: gyakran csak a depressziót alkotó mély, primordiális érzések felerősödését figyelhetjük meg. Ezeknél a pácienseknél fennáll a veszélye annak, hogy klinikai tüneteik az LSD hatására ideiglenesen felerősödnek - ez a megfigyelés

Arendszen-Hein holland pszichiáter (5), az LSD-pszichoterápia úttörőjének tapasztalataival is összhangban van.

Az eddig ismertetett kivételektől eltekintve azt mondhatjuk, hogy egy beteg diagnosztikai csoportja és LSD-élményeinek jellege között nincs olyan jól definiálható és permanens kapcsolat, amelynek komoly klinikai jelentőséget tulajdoníthatnánk. Az LSD segítségével biztosan nem fogunk túl sokat hozzátenni a pszichiátriai interjúkkal és a hagyományos diagnosztikai eljárásokkal felállított klinikai diagnózishoz. A beteg diagnosztikai kategóriája és pszichedelikus élményei közti kapcsolat még lazábbá és kiszámíthatatlanabbá válik, ha az LSD-t ismételten alkalmazzuk. Mint azt később részletesen is tárgyaljuk, a szer sorozatos alkalmazása a személyiség struktúrájában bekövetkező dinamikus eltolódásokkal és a tünetek folytonos átalakulásával jár.

Míg a hagyományos klinikai diagnosztikában az LSD csak korlátozott értékkel bír, a dinamikus diagnosztikában rendkívül jól hasznosítható. Segítségével feltérképezhetjük az alapszemélyiséget alkotó erőket és a klinikai tünetek háttérében működő dinamikus struktúrákat. Az alacsony és közepes dózist használó üléseken, valamint a nagy dózisu ülések lezáró fázisában gyakran megfigyelhető az alany sajátos személyiségjegyeinek és viselkedésmintáinak intenzívebbé válása. Ezt rendszerint a klinikai tünetek felerősödése, valamint olyan emocionális és pszichoszomatikus jelenségek felszínre bukkanása kíséri, amelyekről a páciens élete valamelyik korábbi szakaszában szenvedett. Ez a rekonstrukció néha viszonylag közeli élményeket érint, máskor a korai gyermekkor, sőt a csecsemőkor időszakába is visszanyúlhat.

Néha előfordul, hogy az ülés során teljesen új tünetek jelentkeznek, és a páciens nem emlékszik rá, hogy ezeket valaha is átélte volna. Ezek az esetek kivételes lehetőséget kínálnak a kutató számára, hogy a klinikai tünetek pszicho- és fiziogenezisét azok kialakulása közben, *in statu nascendi* tanulmányozza. Az újonnan kialakult tünetek dinamikus struktúrájukban hasonlóak a neurotikus megnyilvánulásokhoz: kompromisszumos alakzatot képeznek az erőteljes tudattalan készletések és a védelmi mechanizmusok között. Úgy tűnik, hogy ezeket a jelenségeket a személyes tudattalanban megbúvó látens mátrixok aktivációja és externalizációja hozza létre. Csak azért nem bukkantak fel eddig az illető életében, mert sosem aktiválták őket olyan szinten a biokémiai vagy pszichológiai erők, hogy érdemi befolyást gyakorolhattak volna a páciens egójára. Az LSD kémiai hatásának tulajdonított ún. "vegetatív" tünetek gyakran ugyanebbe a kategóriába tartoznak.

A szer alacsony dózisa által felerősített személyiségvonások az alany pszichéjének felszíni, de gyakorlati szempontból lényeges aspektusai. E tulajdonságok némelyike a mindennapi életben oly kevésbé feltűnő, hogy észlelésük és beazonosításuk komoly nehézségbe ütközik, különösen, ha az egyén különböző technikákkal ellensúlyozza vagy elrejti azokat. Az LSD ezeket a finom vonásokat olyannyira fel tudja erősíteni, hogy azok szinte önmaguk karikatúrájává válnak, így nem kerülhetik el sem a terapeuta, sem az alany figyelmét. Az e csoportba tartozó jelenségek több típusba sorolhatók.

Az első kategóriába tartozó megnyilvánulások az *emocionális reaktivitást* és az *általános érzelmi tónust* tükrözik: az alany kapcsolatba lép jelenlegi érzelmi helyzetével és elmerül az azt alkotó affektív állapotok vizsgálatában. E tapasztalatok talán legértékesebb hozadékát azok a felismerések jelentik, amikor az alany megérti, miért viseltetik pozitív vagy negatív érzéssel bizonyos személyek és helyzetek iránt. A páciensek mélyen átélhetik és kifejezhetik aggodalmaikat és félelmeiket, a depressziót és az elkeseredést, az agresszív feszültséget, az ingerlékenységet és az impulzivitást, valamint a depresszív és euforikus hangulat között ingadozó érzelmi labilitást. A neurotikus pácienseknél gyakori a magány és az elszigeteltség érzése, ami a haszontalanság és az értéktelenség tudatával párosul. A beteg úgy érzi, a világnak nincs szüksége rá, hogy létezése teljességgel értelmetlen, ugyanakkor heves vágyat érez az elismerésre, a megbecsülésre és a törődésre. Azok a személyek, akik gyermekkorukban komoly érzelmi deprivációtól vagy elutasítástól szenvedtek, ezen a ponton gyakran vágnak rá, hogy szeressék őket. Ez a sóvárgásuk rendszerint infantilis jellegű és anaklitikus elemeket is tartalmaz. Élményeik nyomán az alanyok belátást nyerhetnek a különféle függőségi igények gyermeteg természetébe, és megérthetik, hogy az e téren fennálló zavarodottságuk miként termeli ki a mindennapi életükben tapasztalható konfliktusokat.

A személyiség felszíni megnyilvánulásainak második típusába az *önképpel* és *önérzettel* kapcsolatos problémák tartoznak. Ezek közül a leggyakoribb az alany gyötrő kisebbségi érzése, amely több módon is megnyilvánulhat. A betegek gyakran érzik magukat elégedetlennek, boldogtalannak, sőt kétségbeesettnek saját fizikai külsejük miatt. Arról panaszkodnak, hogy csúnyák, formátlanok és visszataszítóak, különféle képzelt vagy jelentéktelen fizikai defektusokra mutatnak rá, és erősen eltúlozzák meglévő fogyatékaik jelentőségét. Az önérzet körüli problémák gyakran érintik az intellektuális képességeket: az alanyok butának, tompának, képzeletszegénynek, cselekvésképtelennek, primitívnek és iskolázatlannak tartják magukat, ami

gyakran éles ellentétben áll valós kvalitásaikkal és társadalmi státuszukkal. A neurotikusoknál gyakran előfordul, hogy saját, gyatrának minősített képességeiket más, számukra fontos személyek lényegesen jobbnak tartott képességeihez viszonyítják. Ezt sok esetben a terapeutára is kivetítik, akit ilyenkor erősen idealizálnak: úgy tekintenek rá, mint aki minden szempontból magasan fölöttük áll. Ezek a betegek gyakran kényszeresen sopánkodnak azon, hogy mily kevésbé érdemlik meg azt a figyelmet, amit a terapeuta rájuk fordít, vagy hogy más páciensek mennyivel több hasznát vennék az ő drága idejének.

Az LSD-alanyok meglepően nagy része lesújtó morális véleményt alkot önmagáról. Ezek a betegek önmagukat rossznak, gonosznak, utálatosnak és értéktelennek, életüket pedig mélységesen immorálisnak és bűnösnek tartják. Úgy érzik, a hétköznapi életben elkövetett cselekedeteikkel csak kihasználják és becsapják embertársaikat, rájuk akaszkodnak, irritálják őket és szenvedést okoznak nekik. Ezek az érzések néha annyira elhatalmasodnak, hogy az alany mocskos, perverz, bestiális, sőt kriminális elemeket vél felfedezni saját személyiségében. Az esetek zömében a feltételezett vonások olyan késztetésekhez és tevékenységekhez kapcsolódnak, amelyek vagy meglehetősen triviálisak vagy általános emberi jellegzetességek. Az alacsony önértékelés másik formája az érzelmi kisebbség érzése. Az ettől szenvedő alanyok arról panaszkodnak, hogy mások szeretettel és melegséggel fordulnak hozzájuk, de ők nem tudják ezeket az érzelmeket megfelelően viszonzni. Képtelennek érzik magukat rá, hogy valódi szeretetet és törődést tápláljanak gyermekeikkel, házastársaikkal, szeretőikkel, szüleikkel vagy testvéreikkel szemben. Az érzelmi kisebbség érzését gyakran kíséri bűntudat, lelkiismeret-furdalás és marcangoló önvád.

Elszórta előfordul az is, hogy az alanyban megalomán tendenciák aktiválódnak, például természetellenes kérkedés és hengegés, leereszkedő és pseudoautoritív attitűdök, szélsőséges erőfitogtatás, cinizmus vagy a mások sértegetésére és nevetségessé tételére irányuló hajlam. A felerősített megnyilvánulások karikatúra-jellege itt is segít felismerni, hogy a kisebbségi és alkalmatlansági érzéseket eltakaró és kompenzáló manőverekről van szó. Ezek a dinamikák rendszerint fontos, az alany személyiségében előzőleg is meglévő problémákra utalnak.

A személyiségjellemzőkkel kapcsolatos jelenségek harmadik típusánál az alany *szociális reaktivitásának* beidegződései erősödnek fel. Egyes személyek szociabilitása jelentősen megnő: szüntelenül az emberi kapcsolat lehetőségeit keresik, megállás nélkül beszélnek, hajlanak a bohóckodásra, viccelődésre és mások szórakoztatására. Ezek az emberek esetenként olyannyira vágnak a figyelemre, hogy mások képzelt vagy valós érdektelenségét rendkívül fájdalmasan élik meg. A figyelem felkeltése érdekében különféle manőverekhez folyamodhatnak, ezek a zajos, teátrális előadástól a gondoskodó viselkedésen át a gyengéd fizikai kontaktusra való törekvésig terjednek. Utóbbi esetben megjelenhet az erotikus komponens is, aminek kacér viselkedés, csábítás, enyhe szexuális agresszió, vagy szexuális felhangokkal, esetleg nyílt obszcenitásokkal tarkított verbalizáció lehet az eredménye.

Más esetekben a visszahúzó mechanizmusai erősödhetnek fel. Ha az LSD-ülésen az alany pszichésen visszavonul és nem mutat hajlandóságot a többi emberrel való kapcsolatteremtésre, abból következtethetünk arra is, hogy nem érdekli a szocializáció, ehelyett az esztétikailag vagy intellektuálisan nagyobb vonzerővel bíró introspekciót választja. Vannak azonban helyzetek, amikor a visszahúzó háttérben komplikált interperszonális problémák és belső konfliktusok állnak. Az emberi kapcsolatoktól való ódzkodás a páciens félelméből és alacsony önérzetéből is fakadhat. Lehet, hogy az illető jelentéktelennek, érdektelennek, kellemetlennek vagy visszataszítónak tartja magát, esetleg attól fél, hogy közeledését visszautasítják. Néha a visszahúzó hajlam háttérben az agresszióval kapcsolatos konfliktusok és problémák állnak: a többi ember jelenléte és viselkedése irritálja az illetőt és erőszakos, destruktív impulzusokat vált ki belőle, amit elfogadhatatlannak és ijesztőnek ítél. Ez esetben a visszahúzó az önkontroll fenntartásának szolgálatában áll. Az LSD-ülések tipikus problémája a mások társaságára való vágy és az egyedüllét igényének konfliktusa. A páciens fél egyedül maradni, ugyanakkor ki nem állhatja mások társaságát; intenzív vágyat érez az emberi kapcsolatokra, de tart is azoktól.

Egy másik gyakori jelenség a dominanciához és a behódoláshoz kötődő szociális és interperszonális minták felerősödése, ami a mások manipulálására, irányítására, kritizálására vagy kioktatására tett próbálkozásokban manifesztálódhat. Az alany kifejezetten törekedhet rá, hogy olyan helyzeteket hozzon létre, amelyekben erejét összemérheti másokkal, becsmérelhet, megalázza vagy kigúnyolhatja másokat. A szubmisszív megnyilvánulások és viselkedési minták hasonlóképpen a karikatúra fokára erősödhetnek. Egyes alanyok többször is elnézést kérnek triviális vagy képzelt dolgok miatt, és folytonos visszaigazolást várnak arról, hogy tényleg nem állnak senkinek és semminek az útjában. Mások folyton azt kérdezzük, hogy viselkedésükkel nem zavarnak vagy bántanak-e valakit, és biztosak akarnak lenni abban, hogy nincs a jelenlévők között senki, aki valamiért haragudna rájuk. A határozatlanság, a szorongó ragaszkodás és a

passzív-dependens manőverek olyan szélsőségesé válhatnak, hogy már az anaklitikus viselkedés határát súrolják.

Szintén figyelemre méltó és gyakori jelenség, amikor az alany elkeseredett és eltökélt küzdelmet folytat az önkontroll fenntartásáért. Ez a küzdelem elsősorban azokra az egyénekre jellemző, akik az önkontroll kérdését a mindennapi életükben is problémásnak találják. A másik végletet azok az alanyok alkotják, akik életük során gazdag belső világot építettek fel, és megszokták, hogy oda meneküljenek a külvilág traumatikus befolyása elől. Ezek az egyének LSD-üléseik során gyakran panaszkodnak arról, hogy képtelenek kielégítő mélységű kapcsolatba lépni a külvilággal, vagy saját belső élményeikkel.

Míg az LSD kis dózisban a személyiségstruktúra mindennapi interakciókban szerepet játszó felszíni rétegeit aktiválja és erősíti fel, a nagy dózisok a mélyben működő dinamikus erőket és rejtett késztetéseket hozzák napvilágra. Amikor az elfogyasztott LSD mennyisége elér egy egyéneknél változó kritikus szintet, gyakran feltűnő páfördülésre kerül sor az alany viselkedésében: olyan erőteljes késztetések jönnek felszínre, amelyek szöges ellentétben állnak az eddig tárgyalt felszíni elemekkel, és átveszik az irányítást az alany tapasztalati valósága és viselkedése fölött. E késztetések fontos dinamikus áramlatokat reprezentálnak, amelyek normál körülmények között azért nem észlelhetők, mert az alany védelmi mechanizmusai kontrollálják és semlegesítik őket. A korábban tárgyalt felszíni jelenségekkel szemben - amelyek az alany személyiségének többé-kevésbé manifeszt aspektusait tükrözik - a mélyből feltörő késztetések a személyiség belső dinamikájára mutatnak rá.

Ez a páfördülés leginkább azokra a szélsőségesen szubmisszív és szorongó személyekre jellemző, akik mindennapi életükben bátoratlanok, tartózkodók, végtelenül udvariasak és kínosan ügyelnek rá, hogy az interperszonális konfliktusok minden formáját elkerüljék. Amikor az LSD-ülésen elveszítik az önkontroll fenntartásáért vívott harcot, viselkedésük feltűnően agresszívvá válik, és elhatalmasodnak rajtuk az erőszakos, destruktív tendenciák. Az ideiglenes konverzió hasonló példáit láthatjuk azoknál a személyeknél, akik erős szexuális gátlásokkal és viktoriánus előítéletekkel rendelkeznek, végtelenül szemérmesek, továbbá hajlamot mutatnak az aszketizmusra, puritanizmusra vagy prüdériára. Ezeknek az alanyoknak az LSD-üléseit gyakran dominálják nyíltan szexuális megnyilvánulások: hajlanak a kacérkodásra, a frivol vagy csábító viselkedésre és a szexuális felhangokkal tűzdelt szociális exhibicionizmusra. Tobzódhatnak a különféle obszcén megnyilvánulásokban, mutathatják a szexuális agresszió jeleit, de megtörténhet az is, hogy maszturbálni próbálnak a kísérők jelenlétében.

Hasonlóan hirtelen és drámai átalakulás figyelhető meg azoknál a személyeknél, akik hétköznapi életükben az alkalmatlanság és a kisebbségi intenzív érzéseitől szenvednek. A szer hatása alatt ezek a személyek rendszerint grandiózussá és végtelenül önhitté válnak, diktatórikus, parancsoló módon viselkednek, megalomán fantáziáikat és elképzeléseiket hangoztatják. Azokban az egyéneknél, akik hétköznapi életük során kifejezetten autokratikus módon viselkednek, és hatalmukkal, vagy személyes erejükkel kérkednek, az LSD-terápia e fázisa gyakran hozzáállásuk kompenzáló és defenzív voltát tárja fel. A szer hatása alatt a szilárdnak tűnő felszíni réteg elolvad, és mögüle mélységes bizonytalanság, alacsony önérték és gyermeki gyámoltalanság bukkan elő. Sok férfi beteg, akire mindennapi életében a maskulin büszkeség, a macsó viselkedés, a testépítés, a férfi felsőbbrendűség hangsúlyozása és a női nem tiszteletlen, gúnyos lekezelése jellemző, az ülés során ráébred, hogy komoly kétségeket táplál saját férfiasságát illetően és lelke mélyén intenzív homoszexuális féltelmeket rejteget. Hasonlóképpen azok, akik hétköznapi életükben végtelenül cinikus attitűddel viszonyulnak a világhoz és maró gúnyjal kezelik az emberi érzéseket vagy az élet pozitív értékeit, LSD-üléseiken gyakran válnak hiperszenzitívvé, érzelmileg sérülékennyé és sebezhetővé.

A vallási fanatizmustól és álszent vakbuzgóságtól áthatott családokban nevelkedett, egyház iránti elkötelezettséget mutató emberek LSD-üléseiken gyakran mély vallásellenes érzületről tesznek tanúbizonyságot, és eretnek vagy istenkáromló megjegyzéseket tesznek. Azok a végtelenül racionális és logikus egyének pedig, akiknek pragmatizmushoz és józan észhez való ragaszkodása defenzív jellegű, az LSD hatása alatt gyakran mutatnak erős hajlamot a metafizikai szorongásra, az irracionális ideációra, a babonásra és a mágikus gondolkodásra.

A személyiség struktúrájának előzőekben kifejtett aspektusai - a felszíni réteg, a mélyben mozgó dinamikus erők, valamint a kettő összjátéka - sokféle módon megnyilvánulhatnak az LSD-üléseken: megjelenhetnek konkrét érzelmek, fizikai érzetek, gondolati folyamatok vagy viselkedésminták alakjában. Leggyakrabban mégis a valamennyi szenzoros területet átfogó perceptuális változásokban jutnak kifejeződésre. Ezek közé tartoznak a testkép szisztematikus torzulásai, a bonyolult autoszimbolikus

transzformációk, valamint a komplex, szimbolikus látomások, amelyekben nemcsak az önpercepció, de a humán, sőt a fizikai környezet észlelése is drasztikus változáson megy keresztül.

Az ide tartozó jelenségek teljes körű ismertetése helyett rövid áttekintést adok a viszonylag gyakran előforduló állati szimbolizmusról. A karakterológiai önkutatás folyamata során számos alany él át élményszintű azonosulást olyan állatokkal, amelyek a hagyományban bizonyos konkrét személyiségjegyeket, attitűdöket és viselkedéseket reprezentálnak. A szélsőségesen agresszív érzések például kifejeződhetnek oly módon, hogy az alany valamilyen ragadozóvá - tigrissé, jaguárrá vagy fekete párduccá - alakul át. Egy majommal történő azonosulás az alany perverz tendenciáit, illetve a genitális és pregenitális élvezetekben való gátlástalan elmerülést tükrözheti. A csődörré vagy bikává változás erős szexuális készletésekre utalhat; ha a vágnak buja és promiszkuózus komponense is van, akkor egy vad, loncsos medve lehet a megfelelő kép. Egy szemétdombon kukorékoló kakas a férfiúi hiúságot és a szexuális felhangokkal színezett exhibicionizmust figurázhatja ki, a szamár vagy az ökör a butaságot, az öszvér a makacsságot szimbolizálhatja, egy disznó pedig rendszerint a hanyagságra, trehányásra és a morális fogyatékosokra utal.

Ha az alany szemei nyitva vannak, akkor a belül zajló események rávetítődhetnek a többi emberre, sőt a fizikai környezetre is. A terapeuták, nővérek, betegtársak, barátok és rokonok mind átalakulhatnak az alany ösztönkésztetéseinek reprezentánsaivá, így az alany szadistáknak, kéjenceknek, perverz alakoknak, bűnözőknek, gyilkosoknak vagy démoni karaktereknek láthatja őket. Ha a felettes én kritikus attitűdjei kerülnek kivetítésre, akkor úgy érezheti a jelenlévőket, mint szülőket, bírakat, esküdteket, rendőröket, börtönőröket vagy hóhérokat. Szélsőséges esetben a teljes emberi és fizikai környezet átalakulhat bordélyházzá, háremmé, szexuális orgia helyszínévé, középkori börtönné, koncentrációs táborrá, tárgyalóteremmé vagy siralomházzá.

Ha ezeket a jelenségeket a szabad közlés vagy a szabad asszociáció módszerével részletes formai és tartalmi elemzésnek vetjük alá, akkor további specifikus és releváns információhoz juthatunk az alany személyiségéről. Ha az LSD-terápiát szerhasználatot nélkülöző tapasztalati módszerekkel kombináljuk, akkor az ülés során felmerülő belső képek bármelyike jó kiindulópont lehet a további terápiás munkához. A fent említettekhez hasonló komplex jelenetek például kiváló anyagot szolgáltatnak Fritz Perls álomelemzés céljára kifejlesztett Gestalt technikájához. (79) Az eddig bemutatott jelenségek, úgy vélem, tisztán demonstrálták, hogy az LSD-élmény nagyban függ az azt átélő alany személyiségétől: szimbolikus formában sűríti a főbb emocionális problémákat, és szoros kapcsolatban áll a múltban lejátszódott releváns helyzetekkel, valamint az alany jelenlegi életkörülményeivel. Ha az LSD-élmény e szintjén megnyilvánuló jelenségeket a freudi technikával vagy az újabb keletű tapasztalati megközelítésekkel vizsgáljuk, akkor messzemenő hasonlóságokat találhatunk ezek dinamikus struktúrája és az álmok szerkezete között. Freud az álmokat a tudattalanhoz vezető "királyi útnak" (via regia) hívta, ez a megállapítás az LSD-kiváltotta élményekre még fokozottabban igaz. Az LSD-ülések pszichodinamikus szintjén felmerülő tapasztalati tartalmak egyes elemeiből kiinduló asszociációk egészen közvetlen módon vezetnek el bennünket az alany emocionális problémáihoz.

Az LSD a pszichodinamikus diagnosztika páratlan segédeszközévé válhat azért, hogy rendre a legerősebb érzelmi töltéssel bíró tudattalan anyagot hozza felszínre. Egyetlen LSD-ülés elegendőnek bizonyulhat ahhoz, hogy felismerjük a jelentősebb konfliktusokat, feltárjuk a klinikai tünetek hátterében meghúzódó dinamikus struktúrát, illetve határvonalat húzzunk a valóban releváns és az elhanyagolható problémák között. A pszichodinamikus jellegű LSD-élmény rendszerint többszörösen determinált; szimbolikus nyelvének rejtjelezett gyorsításával a személyiség kulcsproblémáit fejezi ki.¹

A személyiségjellemzők LSD-élményre gyakorolt erős befolyása még nyilvánvalóbbá válik, ha a szert ismételt, sorozatos ülésekre épülő terápiás folyamat keretein belül alkalmazzuk. Ebben a kontextusban az alanyok többsége képes rá, hogy emocionális és pszichoszomatikus tüneteit, interperszonális attitűdjeit és viselkedésmintáit visszavezesse azok tudattalan forrásaihoz. Az esetek többségében ez a folyamat spontán módon zajlik, anélkül, hogy azt szabad asszociációval vagy interpretációkkal támogatnánk. A sorozatos LSD-ülések így a tudattalanban rejlő dinamikus mátrixok egymás utáni aktiválódásának és kibomlásának folyamataként is felfoghatók.

Az LSD-élmény természete azon múlik, hogy a tudattalan mely szintje kerül az alany figyelmének fókuszába. Bár a tudattalan - és így az LSD-élmény is - egy hologramhoz hasonlóan többszintű és többdimenziós, elméleti és gyakorlati szempontból mégis célszerű, ha különbséget teszünk a főbb tapasztalati szférák között. E szférák mindegyike sajátos tartalommal bír, külön dinamikus rendszer

irányítása alatt áll és rá jellemző módon befolyásolja a mentális működést. Az LSD-ülések során felmerülő élményeket három, viszonylag jól elkülönülő csoportba oszthatjuk:

- a. Pszichodinamikus élmények
- b. Perinatális élmények
- c. Transzperszonális élmények

Az LSD-élmény absztrakt és esztétikai szintjeit itt azért nem vesszük figyelembe, mert a hozzájuk tartozó jelenségek az érzékszervek kémiai stimulációjának eredményei, így a személyiségstruktúra mélyebb feltérképezése szempontjából nem relevánsak.²

PSZICHODINAMIKUS ÉLMÉNYEK

Az e csoportba tartozó megnyilvánulások alapját az alany életének különböző szakaszaiból eredő, emocionálisan releváns emlékek, helyzetek, problémák és megoldatlan konfliktusok alkotják. Ezek az élmények az emberi személyiség szokványos tudatállapotban is megközelíthető területeiről, illetve a személyes tudattalan azon részéről származnak, ahol az elfojtott életrajzi anyag található. Legegyszerűbb változatuknál az alany saját csecsemő- és gyermekkorának, illetve későbbi életszakaszainak traumatikus vagy kellemes emlékeit éli újra. A pszichodinamikus élmények komplikáltabb variánsai közé tartoznak a különféle emléknymok kreatív kombinációi, egyes fantáziák képi konkretizációi, a vágyteljesítő álmodozás dramatizált formái, a konstruált emlékek, valamint a fantázia és a valóság egyéb komplex keveredései. Ehhez a szinthez tartoznak azok az élmények is, amelyekben a tudattalan tartalom szimbolikus álruhában, jelképes, defenzív torzításokon és metaforikus utalásokon keresztül nyilvánul meg.

Az LSD-üléseken átélt pszichodinamikus élmények rendszerint jól értelmezhetők a pszichoanalitikus iskolák által használt fogalmi rendszerben. Ha az LSD-élmény nem lépne túl a pszichodinamikus szinten, akkor az LSD-terápiából származó megfigyeléseinket a freudi elméleti rendszer laboratóriumi igazolásának tekinthetnénk. A Freud által leírt pszichoszexuális dinamikák és alapkonfliktusok kivételes tisztasággal és élénkséggel tárulnak fel még a laikusok ülésein is. Az LSD hatása alatt ezek az alanyok gyermekkorukba és kora csecsemőkorukba regresszálnak, különféle pszichoszexuális traumákat élnek át, valamint újra konfrontálódnak a libidinális konfliktusokkal. Ismételten át kell küzdeniük magukat a pszichoanalízis által leírt olyan alapvető pszichológiai problémákon, mint az Oidipusz- és Elektra-komplexus, a korai kannibalisztikus érzések, a szobatisztasággal kapcsolatos konfliktusok, a kasztrációs szorongás vagy a péniszirigység.

Az üléseken zajló események és terápiás következményeik alaposabb megértése végett egy új fogalmat is be kell vezetnünk a pszichoanalitikus gondolkodásba. A pszichodinamikus szinten megfigyelhető LSD-jelenségek nagy része értelmezhető, sőt, némelyikük előre is jelezhető, ha az egymással összefüggő emlékek alkotta konstellációkat szerves egységekként kezeljük. Ezekre az egységekre én a "sűrítettélmény-rendszer" (COEX system: systems of condensed experience) kifejezést használok.³ A fogalom megalkotásához a Prágában folytatott pszichedelikus kutatásaim korai szakaszából származó megfigyelések vezettek el. Az új terminus fölöttébb hasznosnak bizonyult a pszichiátriai betegekkel folytatott pszicholitikus terápia kezdeti szakaszaira jellemző dinamikák megfejtesében.

A *sűrítettélmény-rendszereket* úgy definiálhatjuk, mint az egyén különféle életszakaszaiból származó emlékek, valamint az ezekhez társuló fantáziák elkülönült alakzatait. Az azonos sűrítettélmény-rendszerhez tartozó emlékek mind ugyanarra a témára épülnek, hasonló elemeket tartalmaznak, és általában erős, egyező minőségű érzelmi töltés kapcsolódik hozzájuk. E rendszerek legmélyebb szintjét a csecsemő- és korai gyermekorból származó élénk és színes emlékek alkotják. Erre az alapra rakódnak rá rétegenként a későbbi életszakaszokból származó emlékek, fel egészen a jelen élethelyzetből származó élményekig. A sűrítettélmény-rendszerekhez kapcsolódó érzelmi töltés az adott rendszer által sűrített élmények együttes töltését reprezentálja; ez onnan is látható, hogy az LSD-üléseken az egyes élményrendszerek kibomlását erőteljes lereagálás kíséri.

Az egyes sűrítettélmény-rendszerek mindegyikéhez különálló védelmi mechanizmusok és klinikai tünetek kapcsolódnak. A rendszereket alkotó komponensek közti relációkat a freudi rendszerben is értelmezhetjük, az elméletet kiegészítő egyetlen új elem az összetevőket egységgé szervező dinamikus rendszer gondolata. A pszichiátriai betegek személyiségstruktúrájában rendszerint több ilyen sűrítettélmény-rendszer működik párhuzamosan. Az élményrendszerek formája, számossága, kiterjedése és intenzitása

egyénről-egyénre jelentős változatosságot mutat. Azokban a személyekben, akiknek gyermekkoruk nem volt különösképpen traumatikus, a tudattalan pszichodinamikai szintje - és így a sűrítettélmény-rendszerek is - lényegesen kisebb relevanciával bírnak.

A hozzájuk kapcsolódó érzelmi töltés minősége szerint megkülönböztetünk kellemetlen emlékeket hordozó *negatív*, valamint kellemes emlékeket csoportosító *pozitív* élményrendszereket. Az egyes rendszerek - bár helyenként összefüggésben és átfedésben vannak egymással - relatíve autonóm struktúrákként működnek. A környezettel való komplex interakciók során szelektíven befolyásolhatják az alany érzéseit, gondolatait, önpercepcióját, a külvilág érzékelését, sőt még a szomatikus folyamatokat is.

Azok az LSD-ülések, amelyek főként a pszichodinamikai szinten zajlanak, olyan folyamatnak tekinthetők, amelyben az alany fokozatosan előhívja, lereagálja és integrálja a negatív sűrítettélmény-rendszerek egymást követő szintjeit, miközben megnyitja az utat a pozitív élményrendszerek befolyása előtt. Amikor az alany az ülés során negatív élményrendszerhez közelít, jellegzetes változás áll be az ülés menetében és tartalmában. A felmerülni készülő sűrítettélmény-rendszer a pszichedelikus élmény valamennyi aspektusát az irányítása alá vonja. Meghatározza, miként módosul a fizikai és interperszonális környezet percepciója, befolyással van az alany önérzékelésére, dominálja az érzelmi reakciókat, a gondolati folyamatokat és a különféle fizikai megnyilvánulásokat. Általában véve elmondható, hogy a sűrítettélmény-rendszerek addig tartják befolyásuk alatt az alanyt, amíg a hozzájuk tartozó legkorábbi élmény - a rendszer magélménye - maradéktalanul átélésre és integrálásra nem kerül. Ha ez megtörtént, akkor a tapasztalati tér felett egy másik sűrítettélmény-rendszer veszi át az irányítást. Gyakran előfordul az is, hogy több sűrítettélmény-rendszer felváltva dominálja az ülést vagy ülésorozatot, ilyenkor a szóban forgó rendszerek lereagálási és integrálási folyamatai is párhuzamosan zajlanak.

Érdekes összefüggés áll fenn a sűrítettélmény-rendszerek dinamikája, valamint a külvilág eseményei között. Mint azt korábban már említettem, egy aktiválódott sűrítettélmény-rendszer meghatározza, hogy az alany miként érzékeli a környezetét és milyen választ ad arra. Az ülés során előforduló külső események szintén aktiválhatják valamelyik sűrítettélmény-rendszert, ha az a kívül zajló eseményekhez hasonló sajátosságokkal rendelkezik. Ezzel a mechanizmussal később, a set és a setting tárgyalásánál részletesebben is foglalkozni fogunk. Egy aktiválódott sűrítettélmény-rendszer tapasztalati teret befolyásoló hatása az LSD farmakológiai hatásának időtartamát követő időszakokra is kiterjedhet, így fennmaradhat az ülést követő napokon, heteken vagy akár hónapokon át. A sűrítettélmény-rendszerek dinamikáját irányító alapelvek tisztázása tehát nem csupán az LSD-élmény terápiás hatásának, hanem a lehetséges komplikációknak a megértése szempontjából is fontos és releváns. (Részletekért lásd az ötödik és hatodik fejezetet - Az LSD-pszichoterápia komplikációi és Az LSD-pszichoterápia menete.)

Mielőtt pontot tennénk az LSD-ülések pszichodinamikai és önéletrajzi elemeinek tárgyalására, említést kell tennünk az LSD-élmények egy speciális kategóriájáról, amely átmenetet képez a pszichodinamikai terület és az azt követő perinatális szint között. Ezen a határterületen olyan traumatikus élmények találhatók, amelyek inkább fizikai, mint pszichológiai természetűek. Rendszerint olyan, múltban átélt szituációkhoz kapcsolódnak, amelyek fenyegetést jelentettek a túlélésre vagy az alany testi integritására. Ezek a helyzetek a veszélyes operációtól, a fájdalmas sérüléstől, a komoly betegségen és a fulladás közeli állapoton át egészen a kegyetlen pszichológiai és fizikai bántalmazásig terjednek. Az utóbbi kategóriába tartoznak a koncentrációs táborban szerzett emlékek, a náci vagy kommunista rezsimek agymosásának és vallatási technikáinak való kitével, valamint a gyermekkori bántalmazás emlékei.

Bár ezek az emlékek tisztán életrajzi jellegűek, tematikájukban szorosan kapcsolódnak a perinatális szinthez. A fizikai jellegű traumák gyakran a születési agóniával párhuzamosan, annak felszíni rétegeként kerülnek újraélésre. A fájdalmas és rémítő LSD-élmények hátterében sokszor a szomatikus traumatizáció emlékei állnak. Bár a dinamikus pszichoterápia iskolái még nem ismerték fel ennek jelentőségét, ezek az élmények komoly szerepet játszhatnak az olyan érzelmi rendellenességek pszichogenezisében, mint a depresszió, a szuicid viselkedés, a szadomazochizmus, a hipochondria és a különféle pszichoszomatikus zavarok.

PERINATÁLIS ÉLMÉNYEK

A tudattalan e szférájából eredő élmények közös nevezőjét a biológiai születéssel, fizikai fájdalommal, betegséggel, öregséggel, haldoklással és halállal kapcsolatos problémák alkotják. Fontos hangsúlyozni, hogy az emberi élet ezen aspektusaival való szembenézés a perinatális szinten nem csupán szimbolikus konfrontációt, hanem megrázó, közvetlen tapasztalatot jelent. A perinatális élményeket gyakran kíséri

eszkatológiai ideáció, valamint háborúk, forradalmak, koncentrációs táborok, balesetek, rothadó hullák, koporsók, temetők és gyászmenetek látomása. A perinatális szint központi élménye a végső biológiai krízis megtevesztően valóságos és hiteles átélése, amely annyira meggyőző, hogy az alanyok gyakran összetévesztik azt a valódi haldoklással. Ebben a helyzetben gyakran meggesik, hogy a páciens elveszíti józan belátását, és az a téves meggyőződése alakul ki, hogy a tényleges fizikai megsemmisülés küszöbén áll.

A halállal, valamint az ember eredendő sérülékenységgel és mulandóságával való megrázó szembesülésnek két fontos következménye van. Az első egy mélyreható emocionális és filozófiai krízis, amelynek során az egyén alapjaiban kérdőjelezi meg az élet, valamint a hétköznapi élet fontosnak tartott értékei jelentőségét. A halállal való találkozás élményét átélő emberek nem intellektuálisan, hanem nagyon mélyen, szinte a sejtek szintjén ébrednek rá arra, hogy bármit is tesznek, nem menekülhetnek el az elkerülhetetlen vég elől. Ha eljön az idő, el kell hagyniuk ezt a világot, maguk mögött hagyva mindent, amit addig elértek és felhalmoztak. Az ontológiai krízis e folyamatát rendszerint az alapvető értékek kikristályosodása kíséri. Az elkerülhetetlen biológiai megsemmisüléssel végződő emberi sorsdráma kontextusában a világi ambíciók, a versenyszellem, a státusz, a hatalom, a hírnév, a tekintély vagy az anyagi javak utáni hajsza jelentősége rendszerint elenyészik.

A halállal való közvetlen találkozás másik fontos velejárója a vallás és a spiritualitás területének megnyílása. Úgy tűnik, hogy ezek az élmények az emberi személyiség szerves részét alkotják, és függetlenek az egyén kulturális, vallási vagy ideológiai háttérétől. A perinatális élmények központi problémáját jelentő egzisztenciális krízist csak a transzcendencia útján lehet feloldani. Az egyénnek olyan referenciapontokat kell találnia, amelyek meghaladják saját romlandó fizikai teste és az egyéni élettartam jelentette szűkös korlátokat. Ezen a ponton kivétel nélkül minden ember meggyőző belátásokat szerez arról, milyen fontos és releváns szerepet játszik a spiritualitás a dolgok univerzális rendjében. A perinatális szint központi problémájával való szembesülést követően még a pozitivista tudósok, a meggyőződéses materialisták, a szkeptikusok és cinikusok, a megalkuvást nem tűrő ateisták, sőt a szélsőségesen vallásellenes marxista filozófusok és politikusok is hirtelen támadt érdeklődéssel fordulnak a spiritualitás kérdései felé.

A perinatális folyamat kibontakozásának két fő állomása a halál és a megszületés (vagy újjászületés) élménye. Ezek az élmények rendszerint igen drámai biológiai kísérőjelenségekkel járnak: az alany órákat tölt el gyöttrő fájdalomban, az arca eltorzul, lélegzet után kapkod, és rendkívüli izomfeszültséget old ki remegés, rángás vagy komplex csavarodó mozdulatok formájában. Az arc lilára vagy halott-sápadtra színeződhet, a pulzus jelentősen felgyorsulhat. A testhőmérséklet széles skálán változik, fokozódhat a verejtékezés, és gyakori a sugárhányással kísért rosszullet.

Ma még nem eléggé tisztázták a fenti élmények és a konkrét biológiai születés körülményei közti összefüggések. Az LSD-alanyok némelyikének az a véleménye, hogy ilyenkor saját biológiai születését éli újra. Mások nem hozzák a két területet ilyen explicit kapcsolatba, és a halállal vagy újjászületéssel való találkozásukat kizárólag szimbolikus, filozófiai vagy spirituális kontextusban értelmezik. Ennek ellenére az utóbbi csoport tagjainál is gyakori, hogy perinatális élményeiket olyan fizikai tünetek kísérik, amelyek leginkább a biológiai születés derivátumaiként értelmezhetők. A rohamszerű motoros kisüléseken és a már említett tüneteken kívül előfordulhat szapora vagy szabálytalan szívverés, illetve fokozott nyál- és váladéktermelés is. Az alanyok gyakran vesznek fel magzati pózt, és olyan mozgásokat végeznek, amelyek a biológiai születés különféle stádiumaiban lévő gyermekre jellemzőek. Beszámolhatnak magzatokkal és újszülöttekkel való azonosulásról vagy ilyen jellegű víziókról is. Szintén gyakoriak a neonatális érzések, pozitívumok és megnyilvánulások, valamint a női nemi szervek és mellek látomásai.

A tudattalan e szintjét tükröző LSD-ülések gazdag és komplex tartalmát négy fő élménytípus alkotja. Amikor a perinatális szint élményeinek rendszerezésére alkalmas egyszerű és logikus elmélet után kutattam, megdöbbenve fedeztem fel, milyen bámulatba ejtő párhuzamok állnak fenn a négy fő tapasztalati minta és a születés klinikai fázisai között. A perinatális jelenségek e négy csoportjának, a biológiai születés egymást követő fázisainak, valamint a születendő gyermeket a perinatális szakaszban érő benyomásoknak a párhuzamba állítása didaktikai, elméleti és gyakorlati szempontból egyaránt hasznosnak bizonyult. A négy tapasztalati mintának a tudattalanban négy funkcionális struktúra felel meg, amelyekre ezentúl *alapvető perinatális mátrixokként* (BPM: Basic Perinatal Matrix) fogok hivatkozni. Feltételezésem szerint ezek a mátrixok a tudattalanban működő dinamikus vezérlő rendszerek, amelyek a pszichodinamikus szint sűrítettélmény-rendszereihez hasonló funkciót látnak el a személyiség perinatális szintjén.

A négy perinatális mátrixhoz tartozó élmények a biológiai születés egymást követő fázisaihoz, valamint ezek szimbolikus, spirituális megfelelőihez (kozmosz egység, univerzális elnyelés, nincs kiút, véres csata, halál és újjászületés) kapcsolódnak. Az alapvető perinatális mátrixok - amellett, hogy specifikus tartalmakat

hordoznak - a tudattalan egyéb szintjein lévő anyag szervező elveiként is funkcionálnak. Így a perinatális élmények felmerülhetnek a különféle sűrítettélmény-rendszerekhez tartozó pszichodinamikus anyag, valamint egyes transzperszonális élmények vonatkozásában is. A születéshez kapcsolódó élményeket például gyakran kísérik az alany betegségeinek, operációinak és baleseteinek emlékei, valamint egyes archetípusokhoz - különösképp a Szörnyű Anyához és a Nagy Anyához - tartozó megnyilvánulások, a csoporttudat elemei, továbbá ancesztrális, filogenetikai és inkarnációs emlékek.

A négy perinatális mátrix a freudi erogén zónák aktivitásaival és egyes pszichiátriai kórképekkel is kapcsolatba hozható. A komplex interrelációkat a 46-49. oldalon látható összefoglaló táblázatok szemléltetik. Ezek az összefüggések segítenek megérteni az LSD-élmény számos rejtélyesnek tűnő aspektusát, de emellett a pszichiátria elméletére is messze ható következményekkel járnak. Az itt ismertetett paradigma többek között rámutat arra, milyen közeli párhuzam áll fenn a biológiai születés és a szexuális orgazmus lefolyása között. E két biológiai folyamat közötti hasonlóság elméleti szempontból alapvető fontosságú. Lehetővé teszi, hogy az érzelmi zavarok pszichogenezisének vizsgálatánál az etiológiai hangsúlyt a szexuális dinamikáról a perinatális mátrixokra toljuk, anélkül, hogy közben elutasítanánk vagy megtagadnánk az alapvető freudi elvek jelentőségét és érvényét a pszichodinamikus jelenségek és kölcsönös interrelációik megértésében.

A fejezet következő része az alapvető perinatális mátrixokat tárgyalja, abban a sorrendben, ahogy a nekik megfelelő születési fázisok követik egymást. A sorozatos LSD-üléseken az egyes mátrixokhoz kapcsolódó jelenségek nem ebben a kronológiai sorrendben, hanem különféle élményminták alkotóelemeiként bukkannak fel. A pszichológiai halál és újjászületés folyamata sohasem korlátozódik egyetlen, elkülönült élményre, tűnjék az bármilyen mélyreható és teljesnek. Rendszerint nagyszámú ilyen élményre és nagy dózisu LSD-ülések egész sorozatára van szükség ahhoz, hogy kijelenthessük, az alany teljes egészében átdolgozta magát a perinatális szint anyagán, annak valamennyi biológiai, emocionális, filozófiai és spirituális vonatkozásával együtt.

A halál és újjászületés folyamatát átélő alany arra kényszerül, hogy szembenézzen az egzisztenciális elkeseredés gyökereivel, a metafizikai szorongással, a végső magányossággal, a gyilkos agresszióval, a mélységes büntudattal és kisebbségi érzéssel, a kínzó fizikai szenvedéssel és a teljes megsemmisülés agóniájával. Ezek az élmények nyitnak az utat a spektrum másik végéhez, ahol az alanyt kozmikus léptékű, orgiasztikus érzések, valamint a spirituális megszabadulás, a megvilágosodás, a teremtés egészével való eksztatikus kapcsolat és az univerzum kreatív princípiumával való misztikus egyesülés élményei várják. A folyamat grandiózus ívét szemlélve felmerülhet bennünk a gondolat, hogy a személyiség perinatális szintjén rejtőző anyag feldolgozására koncentráló pszichedelikus terápia nem más, mint annak az ezoterikus folyamatnak a modern kori változata, amelyet évezredek óta gyakoroltak a különféle templomos misztériumokban, beavatási rítusokban vagy az eksztatikus szekták vallási összejövetelein.

Az első perinatális mátrix (BPM I)

Kapcsolódó pszichopatológiai szindrómák

szkizofrén pszichózis (paranoid tünetegyüttes, a misztikus egység élményei, gonosz metafizikai erőkkel való találkozások, karmikus élmények); hipochondria (furcsa és bizarr fizikai érzetekre alapozva); hisztériás hallucinózis, a fantázia és a valóság összekeveredése

Megfelelő aktivitások a freudi erogén zónákban

libidinális kielégülés valamennyi erogén zónában; libidinális érzés ringatás vagy fürdetés kapcsán, illetve ennek részleges közelítése az orális, anális, uretrális vagy genitális kielégülés után, valamint gyerekszületést követően

Kapcsolódó emlékek a születés utáni életből

fontos igények kielégülése, a csecsemő- és gyermekkor boldog pillanatai (anyai gondoskodás, játék a társakkal, harmonikus periódusok a család életében stb.), az egyént kiteljesítő szerelmek és románcok; utazás és vakáció szép természeti környezetben; magas esztétikai értékkel bíró műalkotások élvezete; úszás az óceánban vagy tiszta vízű tavakban stb.

Az LSD-ülések fenomenológiája

zavartalan magzati élet esetén: a "jó anyaméh" élménye, "óceáni" típusú ekstázis; a kozmikus egység élménye; a Paradicsom látomásai

a magzati élet zavarai esetén: a "rossz anyaméh" élménye (magzati krízisek, betegségek, az anya érzelmi kilengései, ikerhelyzet, abortuszra tett kísérlet), kozmikus elnyeletés; paranoid képzelgések; kellemetlen fizikai érzetek ("másnaposság", hidegrázás, apró görcsök, kellemetlen ízek, undor, mérgezettség-érzés); kapcsolat különféle transzperszonális élményekkel (archetipikus elemek, faji vagy evolúciós emlékek, metafizikai erőkkel való találkozások, elmúlt inkarnációkkal kapcsolatos élmények stb.)

A második perinatális mátrix (BPM II)

Kapcsolódó pszichopatológiai szindrómák

szkizofrén pszichózis (pokoli tortúrák, értelmetlen "papírmásé" világ); súlyos, gátolt "endogén" depresszió; irracionális kisebbségi érzés és bűntudat; hipochondria (fájdalmas fizikai érzetek alapján); alkoholizmus és drogfüggőség

Megfelelő aktivitások a freudi erogén zónákban

orális frusztráció (szomjúság és éhség, fájdalmas ingerek); a széklet és a vizelet visszatartása; szexuális frusztráció; hideg, fájdalom és egyéb kellemetlen érzetek

Kapcsolódó emlékek a születés utáni életből

a túlélést vagy a test integritását fenyegető helyzetek (háború, baleset, sérülés, operáció, fájdalommal járó betegség, fulladás közeli állapot, fuldoklás, bebörtönzés, agyinosítás, illegális vallatás, fizikai bántalmazás stb.); komoly pszichés traumatizáció (érzelmi depriváció, elutasítás, fenyegető helyzetek, elnyomó családi atmoszféra, kigúnyolás és megszégyenítés, megalázás stb.)

Az LSD-ülések fenomenológiája

gyötrő fizikai és pszichés szenvedés; elviselhetetlen, véget nem érő szituáció, amelyből nincs menekvés; a pokol képei; a bezártság érzése (nincs kiút); kínzó bűntudat és kisebbségi érzés; apokaliptikus víziók (háborúk és koncentrációs táborok borzalmi, az inkvizíció kegyetlenkedései, pusztító járványok, betegség, öregedés, halál stb.); az emberi létezés értelmetlenségének és abszurditásának érzése; "papírmásé világ", a világ műanyag, mesterséges voltának érzése; fenyegető, sötét tónusú színek; kellemetlen fizikai tünetek (az elnyomás vagy összenyomódás érzései, szapora szívverés, hőhullámok, hidegrázás, verejtékezés, nehéz légzés)

A harmadik perinatális mátrix (BPM III)

Kapcsolódó pszichopatológiai szindrómák

szkizofrén pszichózis (szadomazochisztikus és szkatológiai elemek, automutiláció, abnormális szexuális viselkedés); agitált depresszió, szexuális deviációk (szadomazochizmus, férfi homoszexualitás, vizeletivás, székletevés); kényszerneurózisok; pszichogén asztma, arcrángás, dadogás; konverziós és szorongásos hisztéria; frigiditás és impotencia; neuraszténia; traumatikus neurózisok; szervi neurózisok; migrénes fejfájás; enurézis és enkoprézis; pszoriázis; gyomorfekély

Megfelelő aktivitások a freudi erogén zónákban

az étel rágása és lenyelése; orális agresszió, a tárggyal szembeni destruktivitás; a székelés és vizeletürítés folyamata; anális és uretrális agresszió; szexuális orgazmus; fallikus agresszió; gyermek világra hozása

Kapcsolódó emlékek a születés utáni életből

küzdelem, harc, vakmerő vállalkozások (háborús ütközetben vagy forradalomban való részvétel a támadók oldalán, katonai szolgálat során átélt élmények, kockázatos repülés, utazás viharos óceánon, veszélyes vezetés, ökölvívás); erős érzéki töltéssel bíró emlékek (karnevál, vidámpark, éjszakai bár, vad kicsapongás, szexuális orgia stb.); a felnőttek szexuális aktusának megfigyelése gyermekkorban; a csábítás és a nemi erőszak élményei; nőknél saját gyermekük világra hozása

Az LSD-ülések fenomenológiája

a szenvedés kozmikus léptékűvé válása; tánc a kint és a gyönyört elválasztó határvonalon; "vulkáni" ekstázis; ragyogó színek; robbanás és tűzijáték; szadomazochista orgia; gyilkosság és véráldozat; heves ütközetben való aktív részvétel; veszélyes kalandok és felfedezések atmoszférája; intenzív szexuális és orgiasztikus érzések, háremek és karneválok képei; a halál és az újjászületés élményei; véráldozatot bemutató vallások (aztékok, Krisztus szenvedése és halála a kereszten, Dionüszosz stb.); intenzív fizikai tünetek (nyomás, fájdalom, fuldoklás, izomfeszültség és annak kieresztése remegés vagy rángás formájában, roszullét, hányás, hóhullámok és hidegrázás, verejtékezés, szapora szívverés, a záróizom elégtelen működése, fülzúgás)

A negyedik perinatális mátrix (BPM IV)

Kapcsolódó pszichopatológiai szindrómák

szkizofrén pszichózis (halál-újjászületés-élmények, messianisztikus téveszmék, a világ megsemmisülése és újrateremtődése, megváltás és üdvözülés, Krisztussal való azonosulás); mániás tünetegyüttes; női homoszexualitás; exhibicionizmus

Megfelelő aktivitások a freudi erogén zónákban

a szomjúság és az éhség kielégülése; a szopás élvezete; a székelést, vizelést, szexuális orgazmust vagy szülést követő libidinális érzések

Kapcsolódó emlékek a születés utáni életből

szerencsés megmenekülés veszélyes helyzetekből (a háború vagy forradalom vége, baleset, operáció túlélése); komoly akadály aktív erőfeszítés általi legyőzése; kemény, nagy megerőltetéssel járó, ám végül győzelemre vezető küzdelem; különféle természeti jelenségek (a tavasz kezdete, egy óceáni vihar vége, napfelkelte stb.)

Az LSD-ülések fenomenológiája

a nyomás alóli felszabadulás, a tér kitágulása, gigantikus csarnokok víziói; sugárzó fény, gyönyörű színek (kék, arany, szivárvány, a pávatoll mintázata); újjászületés és üdvözülés érzése; az egyszerű életmód értékelése; az érzékszervek kiélesedése; a testvéri szeretet érzései; humanitárius és jótékony tendenciák; alkalmasint mániás aktivitás, grandiozitás érzése; átcsúszás az első perinatális mátrixra jellemző elemekbe; a kellemes érzéseket *köldöki krízis* szakíthatja félbe (éles fájdalom a köldöktájékon); légszomj; a haláltól és a kasztrációtól való félelem; belső áthelyeződések a testben (külső nyomás nélkül)

Az első perinatális mátrix (egység az anyával)

Az első perinatális mátrix (BPM I) az anyával való őseredeti egységhez, a magzati lét eredeti állapotához kapcsolódik, amelyben anya és gyermeke még szimbiotikus egységet alkot. Ebben az állapotban, ha nem merülnek fel ártalmas ingerek, a magzat körülményei közel járnak az ideálshoz: védettséget élvez, biztonságban van, és valamennyi igénye folyamatos kielégülést nyer. Előfordulhat azonban, hogy ezt az édeni állapotot kedvezőtlen körülmények zavarják meg, például betegség, az anya nehéz érzelmi állapota vagy a külvilág olyan behatásai, mint a toxikus anyagok, zajok, mechanikus rázkódások és vibrációk. Az első perinatális mátrixnak tehát létezik pozitív és negatív oldala is, ezekre az alanyok gyakran a "jó anyaméh" és a "rossz anyaméh" kifejezéseket használják.

A *zavartalan magzati létet* az alany átélheti konkrét biológiai formában vagy annak spirituális megfelelőjében, a *kozmosz egység élményében* is. Bár az embrionális állapot "óceáni érzései" nem azonosak a kozmosz egység élményével, a két állapot között mély összefüggés és átfedés van. A kozmosz egység élménye a hétköznapi életben megszokott alany-tárgy dichotómia meghaladásaként értelmezhető. Az egyén ebben az állapotban tudatára ébred, hogy alapvető egységben van a többi emberrel, a természettel, az univerzummal és a végső kreatív princípiummal, azaz Istennel. Ezt az átélést túláradóan pozitív affektus kíséri, amely a békétől, nyugalomtól és boldogságtól az eksztatikus elragadtatásig terjedhet. Ebben az állapotban az alany meghaladja a tér és az idő megszokott korlátait, és saját magát úgy tapasztalja meg, mint aki a tér-idő kontinuum határain kívül áll. Szélsőséges esetben az alany az örökkévalóságot és a végtelent is megtapasztalhatja, miközben ténylegesen csak néhány másodperc vagy perc telik el. További jellemzője ennek az állapotnak a szentség érzése és az a meggyőződés, hogy az ember a lét végső titkaiba nyert bepillantást. A revelációról szóló beszámolók és leírások rendszerint hemzsegek a paradoxonoktól, és rendre megszegik az arisztotelészi logika törvényeit. A végső tudatállapotra az alanyok olyan rejtélyes formulákkal hivatkoznak, mint "tartalom nélküli, ám mindent magában foglaló", vagy "forma nélküli, de formával terhes". Ezt a tudatállapotot "a kozmosz pompa és a legmélyebb alázat" kettőssége jellemzi, az ego eltűnt, de mégis jelen van, csak kitágult és átfogta az egész univerzumot. Az alanyok ezeket az állapotokat eltérő szimbolikus rendszerekben értelmezik; a leggyakoribbak a Paradicsom, az édenkert, a mennyország, az elíziumi mezők, az *unio mystica*, a Tao, az Atman-Brahman egység vagy a Tat tvam asi (Te Az vagy) elképzelései.

A kozmosz egység élménye lehunyt szemmel az óceáni eksztázis határoktól mentes tapasztalati mintájának átélését jelenti. Nyitott szemmel az alany a környezettel és az abban érzékelt tárgyakkal olvad egybe. Lényegében ezt az élményt írják le Walter Pahnke (76) misztikus kategóriái, és ezt takarja Abraham Maslow (63) "csúcseredmény" fogalma is. Az LSD-üléseken a kozmosz egység gyakran kötődik a "jó anyaméh" és a "jó anyamell" élményéhez, valamint a boldog gyermekkori emlékekhez. Ezek az élmények fontos átjárót biztosítanak számos transzperszonális élményhez, köztük az ancesztrális emlékekhez, a faji és a kollektív tudattalan egyes elemeihez, karmikus jelenségekhez, evolúciós emlékekhez, továbbá különféle archetipikus alakzatokhoz. A *magzati létezés zavarai* úgyszintén megélhetők konkrét biológiai szinten és szimbolikus formában is. Utóbbi esetben az alany démoni megnyilvánulásokkal és gonosz metafizikai erővel szembesül, vagy úgy érzi, káros asztrológiai befolyás hatása alatt áll.

Az életrajzi emlékeket tekintve az első perinatális mátrix pozitív aspektusaihoz pozitív sűrítettélmény-rendszerek kapcsolódnak. Az első mátrix pozitív oldala szolgál minden olyan későbbi életrajzi élmény alapjául, amelyben az alany nyugodt, viszonylag elégedett, és nem éri kellemetlen behatás. A mátrix negatív aspektusai ezzel szemben negatív sűrítettélmény-rendszerekhez köthetők.

A freudi erogén zónák tekintetében az első perinatális mátrix pozitív aspektusai felelnek meg annak a biológiai és pszichés állapotnak, amikor a libidinális zónák egyikében sem tapasztalható feszültség és valamennyi részleges készlet ki van elégítve. Fordítva, ha a libidinális zónákban fellépő igények kielégítésre kerülnek (éhség megszűnése, a feszültség oldása vizelés, székelés, orgazmus vagy gyermek kihordása által), az felszíni, részleges közelítését adja az első perinatális mátrix feszültségtől mentes, eksztatikus állapotának.

Második perinatális mátrix (ellentét az anyával)

Azok az LSD-alanyok, akik már jártak ebben a mátrixban, gyakran hozzák azt összefüggésbe a szülés megindulásával és annak első klinikai fázisával. Ebben a fázisban a magzati lét addig háborítatlan egyensúlya megbomlik, amit először kémiai vészjelzések, majd később izomgörcsök jeleznek. Nem sokkal ezután megkezdődnek a méh összehúzódásai, amelyek a magzatot periodikusan összehúzódnak. A méhszáj és a kifelé vezető út azonban ekkor még zárva van.

Ezt a biológiai helyzetet - az első mátrixhoz hasonlóan - az alany rendkívül valóságghú módon élheti újra. A szülés megindulásának szimbolikus megfelelője a *kozmosz elnyeletés élménye*. Az alanyon egyre növekvő szorongás és a küszöbön álló, életveszélyes fenyegetés nyomasztó érzései lesznek úrrá. Mivel a közelítő veszély forrását nem lehet egyértelműen azonosítani, az alany gyakran hajlik rá, hogy közvetlen környezetét vagy az őt körülvevő világ egészét paranoid tévképzetek mentén értelmezze. Beszélhet titkos szervezetek tagjainak, más bolygók lakóinak, rosszindulatú hipnotizőröknek és fekete mágusoknak a gonosz befolyásáról, vagy olyan ördögi szerkezetekről, amelyek káros sugarakat és mérges gázokat bocsátanak ki. Az egyre növekvő szorongás rendszerint abban csúcspontba kerül, hogy az alany egy gigászi örvénybe kerül, amely egész világával együtt magába szívja őt. Az univerzális elnyeletés másik gyakori variánsa, hogy az alanyt egy rémes szörnyeteg falja fel, például sárkány, polip, kígyó, krokodil, bálna vagy óriáspók. Az élmény kevésbé drámai formája az alvilágba történő alászállás, ahol az alany különféle veszélyes teremtményekkel és entitásokkal találkozhat.

A születés első klinikai fázisának megfelelő szimbolikus folyamat a *"nincs kiút" (no-exit) élményében* teljessé válik. Ennek a tapasztalati mintának fontos jellemzője a látómező elsötétülése és a látomásokat kísérő baljóslatú színek megjelenése. Az alany úgy érzi, hogy csapdába került: be van zárva egy iszonytató, klausztrófób helyzetbe, ahol minden képzeletet felülmúló pszichológiai és fizikai szenvedést kell kiállnia. A helyzet rendszerint elviselhetetlennek, vég nélkülinek és reménytelennek tűnik. Amíg az alany e mátrix befolyása alatt áll, semmilyen lehetőséget nem lát rá, hogy szenvedésének véget vessen, és nem hiszi el, hogy bármilyen módon megszabadulhatna ebből az állapotból. A halálvágy és a szuicid sóvárgás a hiábavalóság érzésével keveredhet: az a meggyőződés alakulhat ki, hogy még a fizikai megsemmisülés sem vetne véget ennek a pokoli állapotnak.

Ez a tapasztalati minta több szinten is megnyilvánulhat, és az egyes szintek külön-külön, egyidejűleg vagy váltakozva is megélhetőek. A legmélyebb szintet a pokol különféle változatai alkotják, amelyek közös jellemzője, hogy az alany olyan helyre kerül, ahol elviselhetetlen, soha véget nem érő szenvedés uralkodik. Ez a minta számos vallás túlvilágról alkotott elképzelésében is megtalálható. Ugyanennek a mintának egy felszínebb változatában az alany a Föld látomásával szembesül: úgy látja világunkat, mint egy apokaliptikus helyet, amely tele van terrorral, értelmetlen szenvedéssel, népiertással, fajgyűlölettel, pusztító járványokkal és természeti katasztrófákkal. Az a gondolat, hogy ebben a világban élünk és az emberi élet értelmét kutassuk, teljességgel értelmetlennek, abszurdnak és hiábavalónak tűnik. E mátrix befolyása alatt az egyén szélsőségesen negatív szemüvegen át szemléli a világot, és teljesen vakká válik az élet pozitív aspektusai iránt. A *"nincs kiút"* élményének legfelületesebb változatában az alany saját magát látja, amint körbe-körbe jár, de soha nem jut sehova, elkeseredése teljes, helyzete elviselhetetlen, élete tele van megoldhatatlan problémákkal. A metafizikai magányosság, az elidegenedés, a tehetetlenség, a reménytelenség, a kisebbségi érzés és a bűntudat érzései szokványos velejárói ennek a mátrixnak.

A második perinatális mátrix tapasztalati mintáját szimbolikus szinten gyakran kísérik a pokol különféle ábrázolásai, Krisztus megaláztatása és szenvedése, valamint az örök kárhozát témája, ahogy azt Ahasvérus, a bolygó hollandi, Sziszifusz, Ixion, Tantalusz és Prométheusz mítosza is példázza. A második mátrixot az különbözteti meg a harmadiktól, hogy itt a hangsúly az áldozati szerepen van: a helyzet elviselhetetlen és örökké tart - nincs belőle menekvés sem térben, sem időben.

A második mátrix szolgál minden olyan kellemetlen emlék alapjául, amelyben az egyén a megsemmisítő és destruktív erők passzív, tehetetlen áldozatává válik. A freudi erogén zónák tekintetében ez a mátrix köthető ahhoz a helyzethez, amikor valamennyi libidinális zónában kellemetlen feszültség uralkodik: orális szinten éhség, szomjúság, rosszullét és fájdalmas ingerek, anális szinten a széklet, uretrális szinten a vizelet visszatartása. A genitális szint megfelelő jelenségei a szexuális frusztráció és feszültség, valamint azok a kínok, amelyeket a szülő nő él át a szülés első klinikai fázisa során.

A harmadik perinatális mátrix (együttműködés az anyával)

Ennek a tapasztalati mátrixnak sok aspektusa összefüggésbe hozható a szülés második klinikai fázisának eseményeivel. Tovább folytatódnak a méh összehúzódásai, de a méhszáj már nyitva van és a magzat lassan, fokozatosan megkezdja haladását a szülőcsatornában. Ezt a fázist a túlélésért folytatott, életre-halálra menő küzdelem jellemzi. A csecsemő rendkívüli nyomás alatt van, gyakori az anoxia és a fuldoklás. A szülés utolsó fázisaiban a magzat olyan biológiai anyagokkal érintkezhet, mint a vér, a nyál, a magzatvíz, a vizelet vagy a széklet.

Tapasztalati szempontból ez a mátrix meglehetősen szerteágazó és komplikált. A szülőcsatornában folytatott küzdelem különféle aspektusainak realiztikus újraélésén kívül majdnem mindig tartalmaz egy sor

egyéb tapasztalatot is, amelyek jellegzetes élménysorozatokban nyilvánulnak meg. A harmadik mátrix tapasztalati mintájának legfontosabb élményelemei a *gigászi küzdelem*, a *szadomazochisztikus orgiák víziói*, az *intenzív szexuális érzetek*, a *szkatológiai elemek*, valamint a *tisztítóút (pirokatarzis)*. Ezen élmények különféle kombinációi alkotják a *halál és az újjászületés "véres csatáját"*.

Az alany e mátrix hatása alatt úgy érzi, hogy testén erőteljes energia áramlik keresztül, amelynek koncentrációja és sűrűsége minden elképzelhető határt meghalad. A feszültség felhalmozódását robbanásszerű kisülések és az eksztatikus felszabadulás epizódjai követik. A folyamatot kísérő látomások tipikus elemei az univerzális léptékű, titáni csaták, a szuperhősök archetipikus képességei, atombomba-robbanás, termonukleáris reakciók, rakéták és űrhajók kilövése, erőművek, nagyfeszültségű áramvezetékek, a modern kori háborúk pusztításainak drámai jelenetei, tűzvész, vulkánkitörés, földrengés, tornádó és más természeti katasztrófák. Ugyanezt a mintát tompítottabb változatban középkori csaták, véres felkelések, veszélyes vadállatok utáni hajszája vagy egy új kontinens felfedezésének és leigázásának víziói kísérik.

A harmadik tapasztalati mátrix fontos aspektusa az alany személyiségében rejlő szadomazochisztikus elemek erőteljes aktivációja. Elképesztő mennyiségű agresszió kerül kisütésre a pusztító és önpusztító fantáziákon, képeken és élénk élményeken keresztül. Az egyén nemi erőszakban, fájdalmas szexuális perverziókban, bestiális gyilkosságokban, kínzásokban és kegyetlenkedésekben, kivégzésekben, csonkításokban és véráldozatokban tobzódhat. Az élményeket esetenként szuicid jellegű ideáció és fantáziálás kíséri, sőt, tendencia mutatkozhat a brutális, öncsonkítással járó önpusztításra is.

A szexuális arousal rendkívül magas fokot érhet el, ezt féktelen orgiák, pornográf jelenetek, közel-keleti háremek, az orientális szerelmi művészet véget nem érő motívumai, buja karneválok vagy érzéki, ritmikus táncok víziói kísérhetik. Az ilyen élményeket átélő alanyok közül sokan felfedezik, milyen szoros tapasztalati kapcsolat van a kín és a szexuális eksztázis között. Ráébrednek, hogy az intenzív orgiasztikus izgalmat egy vékony határvonal választja el a szenvedéstől, és hogy a szenvedés mérsékelt formában szexuális élvezetet is nyújthat.

A halál és az újjászületés élményének nem elhanyagolható szkatológiai aspektusa is lehet, ami a látás és a tapintás mellett a szaglást és az ízlelést is bevonhatja az érzékelésbe. Az alany megélheti, amint ürülékben dagonyázik vagy pöcegödörben fuldoklik, csatornarendszerben kúszik, széket eszik, taknyot nyel, vért vagy vizeletet iszik és rothadó sebekből szívja a genyvet. Ezeket az élményeket gyakran követi a tisztító és megfiatalító hatású tűzön való átkelés élménye: a tűz lángja mindent felemészt, ami az egyénben korrupt és rothadt, így az illető alkalmassá válik a spirituális újjászületésre.

A harmadik perinatális mátrix szimbolikája gyakran merít olyan vallásokból, amelyek nagyra tartották a véráldozatot, netán az vallási ceremóniáik részét képezte. Az alanyok sokszor tesznek utalást az Őszövetségre, Krisztus szenvedésére és halálára a keresztben, Moloch, Astarté vagy Káli kultuszára, valamint olyan, a véráldozatot és az önfeláldozást egyaránt kultiváló prekolumbiánus népcsoportokra, mint az aztékok, a mixtékok, az olmékok vagy a maják. A felmerülő szimbólumok másik csoportja olyan vallási rituálékhoz és ünnepekhez kapcsolódik, amelyeknek szerves része a szexuális aktus és a vad, ritmikus tánc - ilyenek a termékenységi rítusok, a fallosz-kultuszok és a különféle törzsi vallások. A tisztítóúttal kapcsolatos szimbolikában gyakran megjelenik a legendás madár, a fénix képe. A halál-újjászületési csata szkatológiai aspektusának találó szimbóluma az a mitológiai epizód, amelyben a hős Herkules Augeiász király istállóit takarítja, valamint Tlazolteotl, a bélsárevő, a termékenység és a kéjvágy azték istennője.

A harmadik perinatális mátrix tapasztalati mintája számos aspektusában eltér az előzőleg tárgyalt "nincs kiút" (no-exit) alakzattól. A harmadik mátrixban a helyzet nem tűnik reménytelennek, és az alany nem érzi magát a körülményeknek kiszolgáltatott, tehetetlen áldozatnak. Helyzete alakításában aktív szerepet vállal, és úgy érzi, szenvedésének határozott iránya és célja van. Vallási terminológiával élve ez a helyzet közelebb áll a purgatóriumhoz, mint a pokolhoz. Másik jellemzője, hogy az alany nem kizárólag a tehetetlen áldozat szerepét játssza: látomásait egyszerre éli át a helyzetek megfigyelőjeként és azok szereplőiként. A szereplőkkel való azonosulás olyan mérvű lehet, hogy az alany néha nem is tudja megállapítani, ki ő: az agresszor vagy annak áldozata. Míg a "nincs kiút" maga a színtiszta szenvedés, a halál-újjászületés véres csatája mindvégig a kín és az eksztázis közötti választóvonalon egyensúlyoz. Ha a kozmikus egység az "óceáni eksztázis", akkor erre az élményre a "vulkáni eksztázis" lenne a legalkalmasabb kifejezés.

Az emlékeket tekintve a harmadik perinatális mátrix szolgál minden olyan emléknym alapjául, amely intenzív érzéki és szexuális elemeket tartalmaz, de ide kerülnek a vad, veszélyes és izgalmas kalandok vagy a szkatológiai találkozások emlékei is. A nemi bántalmazás, a szexuális orgiák vagy a nemi erőszak szintén ebben a kontextusban kerül rögzítésre. A freudi erogén zónákat tekintve ez a mátrix kapcsolatos azokkal az aktivitásokkal, amelyek hatására a hosszan tartó feszültséget hirtelen enyhülés és megnyugvás váltja fel.

Orális szinten ilyen a rágás és az étel lenyelése (vagy a hányás), anális és uretrális szinten a székelés és a vizelés folyamata, genitális szinten a szexuális orgazmus mechanizmusa, valamint azok az érzések, amelyeket a szülő nő él át a szülés második fázisában.

A negyedik perinatális mátrix (leválás az anyáról)

Ez a mátrix a szülés harmadik klinikai fázisával hozható kapcsolatba. Ebben a fázisban ér véget a születés véres csatája: az újszülött a szülőcsatornán át kijut a világba, ahol az elviselhetetlenségig fokozódó feszültséget hirtelen megkönnyebbülés és megnyugvás váltja fel. Miután a köldökszinórt elvágták, a véráramlás megszakad, így az újszülöttnak be kell indítania saját légző-, emésztő- és elválasztó rendszerét. Végbemegy az anyától való fizikai elszakadás, és az újszülött új életet kezd, mint anatómiailag független egyén.

A negyedik mátrixhoz kapcsolódó élmények egy része - az előzőleg tárgyalt mátrixokhoz hasonlóan - a konkrét biológiai események vagy nőgyógyászati beavatkozások realiztikus újraéléséből áll. A szülés utolsó stádiumához szimbolikus szinten a *halál és az újjászületés élménye* kapcsolódik, amely a harmadik perinatális mátrix véres csatájának utolsó állomását és egyben feloldását is jelenti. Az egyre erősödő fizikai és érzelmi agónia az alany minden elképzelhető szinten végbemenő totális megsemmisülésének élményében kulminál. Az alany ilyenkor egyszerre éli át a fizikai pusztulás, az érzelmi katasztrófa, az intellektuális kudarc, a morális bukás, valamint a transzcendens dimenziókra is kiterjedő, abszolút kárhozat érzéseit. Ebben az élményben - amelyet az "ego halálának" is neveznek - az egyén minden korábbi referenciapontját elveszíti.

A teljes megsemmisülés élménye után az alanyt vakító fehér vagy arany színű fény látomása fogadja. A születés véres csatájának klausztrófób és bezárt világa hirtelen felnyílik, és a horizont a végtelenbe tágul. Az alanyban a felszabadulás, megváltás, üdvözülés, szeretet és megbocsátás érzései áradnak szét. Arról számol be, hogy elképesztő mennyiségű személyes "szeméttől", büntudattól, agressziótól és szorongástól szabadult meg. Ezt az állapotot rendszerint az embertársak iránti testvéri érzés, valamint a mély emberi kapcsolatok, a barátság és a szeretet fontosságának átértékelése kíséri. Az irracionális célok, a túlzott ambíció, a pénz, a státusz, a hírnév, a presztízs és a hatalom utáni hajsza ebben az állapotban gyerekesnek, irrelevánsnak és abszurdnak tűnik. Gyakran felmerül a készletelés, hogy az alany mások hasznára legyen és jótékony cselekedeteket hajtson végre. Az őt körülvevő világot leírhatatlanul gyönyörűnek és ragyogónak látja. Minden érzékszerve szélesre tárul: rendkívül érzékennyé válik a kívülről érkező benyomásokra, és ezek értékelésének képessége is jelentősen megnő. A negyedik mátrix tapasztalati világaiban járó egyén olyan valódi, pozitív értékeket fedez fel magában, mint az igazságérzet, a szépség iránti fogékonyság vagy a szeretet; tisztelettel és megbecsüléssel viszonyul nemcsak másokhoz, de saját magához is. Úgy érzi, hogy ezek az értékek - akár csak a vágy, hogy ezek szerint éljünk - az emberi természetben eleve benne rejlő, velünk született, az univerzum rendjéből következő adottságok, amelyeket nem lehet kielégítően megindokolni a kompenzáció, a reakció-képzés vagy a primitív ösztönkésztetések szublimációjának elméletével.⁴

A halál-újjászületés élmény szimbolikája sokféle kulturális hagyományból táplálkozhat. Az ego halálának élményét olyan destruktív istenségek és szörnyistennők látomásai kísérhetik, mint Moloch, Síva, Huitzilopochtli, Káli és Coatlicue. Az alany halálában azonosulhat Krisztussal, Ozirisszel, Adonisszal vagy Dionüszossal is. Az újjászületés pillanatában gyakran jelentkeznek a ragyogó, mennyei fényforrások, a kozmikus kékség, a szivárványszínek vagy a páva tollához hasonló mintázatok látomásai. Szintén gyakoriak a nonfiguratív istenképek, köztük a Tao, az Atman-Brahman egység, Allah vagy a Kozmikus Nap élményei. Az alanyok Istent, illetve a különféle vallások istenségeit néha személyes alakjukban, a tradicionális ábrázolásoknak megfelelően tapasztalják. A keresztények Istene például megjelenhet a Bölcs Öreg archetípusaként, amint kerubokkal és szeráfokkal körülvéve, mennyei ragyogásban ül égi trónusán. Szintén gyakori, hogy az alanyok a Nagy Anya valamelyik archetípusával: az egyiptomi Szent Ízisszel, Cybelével vagy Szűz Máriával azonosulnak. Vannak, akik nektárt kortyolgatnak és ambróziát esznek az Olimposzon, vagy bejutnak a germánok Valhallájába, esetleg felkerülnek az elíziumi mezőkre - ezek mind az újjászületés élményének szimbolikus megnyilvánulásai. A látomásokban néha gigantikus csarnokok tűnnek fel, gazdagon díszített oszlopokkal, márvány szobrokkal és kristálycsillárokkal. Mások gyönyörű természeti tájakat látnak: csillagokkal teli égboltot, hatalmas hegyeket, zöldellő völgyeket, virágzó mezőket, tiszta tavakat és óceánokat.

Az emlékeket tekintve a negyedik perinatális mátrix köré rakódik le minden olyan emléknym, amely komoly személyes sikerhez, hosszú ideig tartó, jelentős veszéllyel járó állapot - például háború vagy forradalom - végéhez, baleset túléléséhez vagy komoly betegségből való kilábaláshoz kapcsolódik. A freudi

erogén zónák tekintetében a negyedik mátrix a libidinális fejlődés minden szintjén a feszültséget csökkentő vagy az azt feloldó aktivitást közvetlenül követő kielégüléssel hozható kapcsolatba (az étel lenyelése, hányás, székelés, vizelés, orgazmus vagy gyermekszülés).

A perinatális mátrixoknak a pszichodinamikus szint sűrítettélmény-rendszereihez hasonló funkciójuk van. A perinatális szinten zajló pszichedelikus ülések jelenségei a negatív perinatális mátrixok (II és III) tartalmának lépésenkénti externalizálásaként, lereagálásaként és integrálásaként, illetve a pozitív mátrixokkal (I és IV) való megszakadt kapcsolat helyreállításaként értelmezhetők. Amikor a tapasztalati teret valamelyik perinatális mátrix uralja, az nemcsak az alany érzelmi reakcióit, gondolatfolyamatait és fizikai megnyilvánulásait determinálja, hanem azt is, hogy az illető miképp érzékeli az őt körülvevő fizikai és interperszonális környezetet. Az első perinatális mátrix dominanciája esetén az alany szélsőségesen pozitív fényben látja a világot, mint egy ragyogó, lenyűgöző, gyönyörű és biztonságos helyet, amely táplál bennünket, és lényegét tekintve nem más, mint az isteni princípium direkt megnyilvánulása. Az első perinatális mátrixból a másodikba való átmenet során (kozmosz elnyelés) megjelenik a fenyegetettség lappangó, alattomos érzése: a világ és annak elemei összezárulnak az alany körül, aki kezdi úgy érezni, hogy ez a folyamat komoly veszélyt jelent a biztonságára, az életére vagy a józan eszére. Ennek következtében eluralkodhat rajta a félelem: megpróbálhatja elhagyni a kezelőhelyiséget, mert nem tudatosítja, hogy a csapda valójában belül van. A félelem és a szorongás nem ritkán a pánikig fokozódik, amelyhez paranoid téveszmék is társulhatnak. Ebben a fázisban a szemüveg az első mátrixhoz képest épp ellenkező irányban torzít: az alany úgy látja létezésének helyszínét, mint a reménytelenség sivatagát, amely az ördögi, abszurd és értelmetlen szenvedés állapotában van. Úgy tűnhet, mintha a világ kartonpapírból lenne kivághva, de áraszthatja egy groteszk, bizarr cirkuszi előadás hangulatát is. A harmadik perinatális mátrix hatása alatt az alanyt az az érzés keríti hatalmába, hogy a világ veszélyes küzdelem színtere, ahol állandóan résen kell lennünk és keményen meg kell harcolnunk az életünkért. A harmadik mátrix szexuális, szadomazochisztikus és szkatológiai elemei szintén befolyással lehetnek az alany érzékelésére. Végül a negyedik mátrix a frissesség, a megújulás, a tisztaság és az öröm érzetével tölti meg a világot, amit a győzelem felemelő érzése kísér.

A fenti leírások az egyes perinatális mátrixokhoz kapcsolódó élmények legáltalánosabb jellegzetességeit tükrözik. Az alanyok konkrét élményei az egyes mátrixok specifikus tartalmainak megnyilvánulásai (lásd az áttekintő táblázatot a 46-49. oldalon). Akárcsak a sűrítettélmény-rendszerek, úgy a perinatális mátrixok is komplikált kétirányú interakcióban vannak a környezet elemeivel. Egy nem kielégítően lezárt LSD-ülés után egy aktiválódott és nyitva maradt negatív mátrix hosszú időn át befolyásolhatja az alany mindennapi életét. A pozitív mátrixok tekintetében hasonló a helyzet: egy megfelelően integrált perinatális ülést követően hosszú ideig érvényesülhet annak a pozitív mátrixnak a befolyása, amely a szer hatásának elmúlásakor dominálta a tapasztalati teret. A fordított irányú interakciót példázzák azok az esetek, amikor az egyes perinatális mátrixok jellegzetességeit felidéző külső ingerek a halál-újjászületés folyamatához kapcsolódó élményeket hívják elő az alany tudattalanjából.

TRANSPERSZONÁLIS ÉLMÉNYEK

A jelenségek e gazdag és sokrétű csoportjának közös jellemzője, hogy az alany úgy érzi, tudata túllépett az ego határain és a tér-idő korlátain. A megszokott, hétköznapi tudatállapotban a fizikai test (a testkép) határain belül élő entitásként gondolunk magunkra, és környezetünk percepcióját jól definiált határok közé szorítja a test exteroceptorainak érzékelési tartománya. Ebben az állapotban mind a belső érzékelés (interocepció), mind a külvilág érzékelése (exterocepció) alá van vetve a szokásos tér- és időbeli korlátoknak: észleleteink a jelen helyzetünkre és közvetlen környezetünkre korlátozódnak, a múlt emlékeit *előhívjuk*, a jövőt pedig *várjuk* vagy fantáziálunk róla.

A transzperszonális élmények - amelyek a pszichedelikus szerek használatán kívül más, szermentes módszerekkel is előidézhetők - úgy tűnik, megadják a lehetőséget arra, hogy az ember e korlátok némelyikén túllépjen. Az ide tartozó élmények egy részét az alanyok a történelmi időben végrehajtott regresszióként, saját biológiai vagy spirituális múltjukba irányuló időutazásként értelmezik. A pszichedelikus ülések során nem ritka, hogy az alany konkrét *magzati* és *embrionális* emlékként beazonosítható, realizisztikus epizódokat él át. Sokan számolnak be róla, hogy visszatértek egészen a fogantatás pillanatáig, ahol spermium vagy petesejt alakban tapasztalták meg saját magukat. Néha a regresszió még a fogantatás pillanatánál is messzebbre megy, és az egyén határozottan állítja, hogy saját ősei életéből vagy a faji és a kollektív

tudattalanból származó emléknymoknak vált tanújává. Mások az evolúciós láncolatot alkotó állati ősökkel azonosulnak, vagy valamelyik előző inkarnációjuk életének epizódjait élik újra.

A transzperszonális jelenségek másik fajtáját a temporális korlátok helyett a térbeli korlátok meghaladása jellemzi. Ide tartozik egy másik emberrel vagy embercsoporttal való tudati egyesülés élménye - duális egység vagy teljes azonosulás formájában -, továbbá az egyéni tudat olyan szintű kitágulása, hogy az a teljes emberiséget átfogja. Az alany túlléphet az emberi létélmény határain, és olyan tapasztalati szférákra hangolódhat rá, mint az állatok, a növények, sőt a mozdulatlan tárgyak tudatossága. Szélsőséges esetben az alany valamennyi teremtett lény, a bolygó, vagy akár a teljes anyagi univerzum tudatosságát is megtapasztalhatja. A megszokott térbeli korlátok meghaladásához kapcsolódik a test különféle részeinek: szerveknek, szöveteknek vagy önálló sejteknek a tudatossága is. A teret és/vagy az időt transzcendáló transzperszonális élmények fontos csoportját alkotják az ESP (extraszenzoriális percepció = érzékszerveken kívüli érzékelés) különféle változatai, így a testen kívüli élmények, a telepátia, a prekogníció, a távolbalátás és -hallás, valamint a tér- és időutazás.

A transzperszonális élmények nagy részénél a tudat túllép a jelenségvilág és a tér-idő kontinuum megszokott határain. Az alanyok gyakran találkoznak elhunyt emberi lények szellemeivel vagy emberfölötti spirituális entitásokkal. Gyakoriak az archetipikus alakzatokról, individuális istenségekről és démonokról, valamint komplex mitológiai jelenetek vízióiról szóló beszámolók. Az univerzális szimbólumok intuitív megértése, a Kundalini kígyó felemelkedése vagy a különféle csakrák aktiválódása további példái ennek a kategóriának. Szélsőséges esetben az egyéni tudat a létezés egészére kiterjed, és eggyé válik az Univerzális Tudattal. Valamennyi élmény közül a legvégsőnek a *Szuprakozmikus és Metakozmikus Üresség* élménye tűnik: ez egy rejtélyes, primordiális üresség, a Semmi, amely ugyanakkor tudatos önmagáról és potencialitásként a létezés egészét magában hordozza.

A transzperszonális élményeket - a perinatális és a pszichodinamikus élményektől eltérően - nem lehet az alany személyiségének sajátjaiból levezetni. Az eddigiek alapján úgy tűnhet, hogy ezek a jelenségek a pszichodinamikus és a perinatális élmények egyenes folytatásai: az alany természetesen érkezik el hozzájuk, miután az előző két szinten átdolgozta magát. A transzperszonális élmények azonban látszólag nem az egyén szokványosan definiált területéről, hanem az illető életét megelőző korokból, távoli helyekről vagy a létezés más dimenzióiból származnak. A pszichodinamikus szint teljes egészében az egyén élettörténetét tükrözi: mind eredetét, mind természetét tekintve önéletrajzi vonatkozású. A perinatális élmények határvonalat képeznek a személyes és a transz-individuális között, erre utal az a kapcsolat is, amely a születéshez és a halálhoz fűzi őket. A transzperszonális élmények az egyén és a kozmosz között fennálló összeköttetéseket, valamint ezek közvetítő csatornáit tükrözik; általuk olyan folyamatokba és összefüggésekbe láthatunk bele, amelyek jelenleg túl vannak az emberi tudás határain. Egy dolgot biztosan állíthatunk: a perinatális kibontakozás folyamatában van egy pont, ahol minőségi ugrásra kerül sor. Ezen a ponton az egyéni tudattalan feltárásának folyamata az univerzum megismerésének kalandjává alakul át, és egy olyan minőség lép be a megismerésbe, amelyet leginkább a "szuper-tudatos elme" fogalmával írhatnánk le.

A transzperszonális birodalmakra vonatkozó ismeretek kiemelkedő fontossággal bírnak nemcsak a pszichedelikus folyamat, hanem a sámánizmus, a vallások, a miszticizmus, a beavatási rítusok, a mitológia, a parapszichológia és a szkizofrénia jelenségeinek megértésében is. Az LSD-üléseken és a különféle szermentes állapotokban előforduló transzperszonális élmények többnyire tematikus klaszterekben merülnek fel. Például az embrionális élmények jellemzően evolúciós (filogenetikai) emlékekkel, valamint a magzati állapot érzelmi színezetétől függően jóságos vagy haragos istenségek vízióival párosulnak. A transzperszonális élmények ugyanakkor jóval lazábban szervezettek, mint perinatális és pszichodinamikus társaik, ami nem teszi lehetővé, hogy esetükben dinamikus vezérlő rendszerekről vagy mátrixokról beszéljünk. Az osztályozás további akadálya, hogy a transzperszonális kibontakozás folyamata módszeresen aláás és transzcendál minden olyan elvet, amelynek révén az élmények bármiféle szervezése vagy osztályozása megvalósulhatna. A transzperszonális folyamatban előbb-utóbb tarthatatlanná válik a lineáris idő, a háromdimenziós tér, az anyag, a kauzalitás, sőt még a formavilág elképzelése is.

A kibontakozóban lévő transzperszonális élmények az egyén önérzékelésére, valamint a jelenlévők és a fizikai környezet percepciójára egyaránt hatással lehetnek. Az észlelések bármelyike eltolódhat olyan irányba, amely illeszkedik a felmerülő téma tartalmához, legyen az ősi vagy filogenetikus emlék, a faji vagy a kollektív tudattalan eleme, archetipikus struktúra vagy karmikus minta. Ha egy erőteljes transzperszonális élmény - például egy fontos archetipus megnyilvánulása vagy egy inkarnációs emlék újraélése - nem

teljesedik be maradéktalanul a pszichedelikus ülés során, akkor az ülést követően határozatlan ideig befolyással lehet az alany hétköznapi valóságára.

A TERAPEUTA VAGY VEZETŐ SZEMÉLYISÉGE

Az LSD-vel folytatott klinikai kutatások megfigyelései arra engednek következtetni, hogy a pszichedelikus ülések tartalmának, lefolyásának és kimenetelének alakulásában döntő szerepet játszik a terapeuta, a koterapeuta, a kísérők és a többi jelenlévő személyisége. Az LSD-élmény lefolyásának jellegét meghatározó tényezők közül a legfontosabb talán az, hogy az alany bizalommal legyen a helyzet és az ülés vezetője iránt. Ezt a bizalmat sok minden befolyásolhatja, így a vezető jelenléte vagy távolléte, személyisége, valamint az alany és a vezető közötti kapcsolat természete. Egy LSD-ülés zavartalan lefolyásának és pozitív kimenetelének szükséges előfeltétele, hogy az alany el tudja engedni megszokott védelmi mechanizmusait, és át tudja adni magát a pszichedelikus folyamatnak. Ez azonban csak akkor valósulhat meg, ha az alany a külvilággal kapcsolatos feladatokat és a gyakorlati kérdések eldöntésének felelősségét ideiglenesen átruházhatja egy olyan kísérőre, akiben megbízik.

Aki egymagában használ valamilyen pszichedelikus szert, az rendszerint nem képes rá, hogy az élmény kritikus pillanataiban teljesen elengedje magát, mert tudata egy részének folyamatosan a valóságra orientált vezető szerepét kell játszania. A teljes, maradéktalan önátadás azonban elengedhetetlen feltétele annak, hogy az alany beteljesítse az LSD-folyamat egyik kulcsfontosságú állomásának, az ego halálának élményét. Egyes interperszonális helyzetekből származó problémák - például az alapvető bizalom hiánya - szintén csak az alany és a kísérő kapcsolatából kibontakozó korrektív emocionális élmény révén oldhatók fel. Az LSD-vel folytatott terápiás munkánk kezdeti szakaszában többször is megtörtént, hogy a páciens nem tudott átlendülni bizonyos rendre ismétlődő, zsákutcának tűnő helyzeteken mindaddig, amíg a terapeuta meg nem ígérte neki, hogy az élmény teljes időtartamára vele marad és nem hagyja el a szobát.⁵

A terápiás célú pszichedelikus üléseken a terapeuta komoly érzelmi jelentőséggel bír a páciens számára. Ennek az érzelmi kötődésnek két fő komponense van. Az első abból a szerepből fakad, amelyet a terapeuta a páciens aktuális élethelyzetében betölt: a beteg azt várja tőle, hogy segítséget nyújtson a bénító érzelmi tünetektől való megszabadulásban és az élet nehézségeinek leküzdésében. A terápiás folyamatba fektetett idő és energia, valamint a beteg pénzügyi elköteleződése szintén növelik az érzelmi bevonódás intenzitását. A terápiás kapcsolat másik fontos komponense az áttétel. Ez a jelenség az LSD-terápiában sokkal intenzívebben működik, mint a hagyományos pszichoterápiában, és az ülések előrehaladtával jellemzően egyre erősebbé válik, míg végül feldolgozásra nem kerül. Az áttétel úgy alakul ki, hogy a páciens az üléseken és az üléseket elválasztó időszakokban erőteljes emocionális attitűdöket vetít a terapeutára, amelyek személyes múltjának és jelenének fontos alakjaitól, különösen közeli családtagjaitól származnak. Bár az áttételből fakadó komplikációk a pszichedelikus üléseket elválasztó időszakokban minimálisra csökkenthetők, a szer hatásának időtartama alatt ez a komponens megkerülhetetlen és igen fontos szerepet játszik. A terapeuta cselekedetei messzemenő hatással lehetnek a pszichedelikus ülés tartalmára és lefolyására. Az ülés egyes szakaszaiban meglepően heves reakciót válthat ki, ha a terapeuta elhagyja a szobát vagy belép az ajtón, felajánlja, illetve visszavonja a fizikai kontaktust, valamint közömbösnek tűnő gesztust vagy megjegyzést tesz. Néha még a páciens optikai illúzióinak és látomásainak színvilága, vagy az olyan intenzív fizikai tünetek, mint a rosszullét, hányás, fuldoklás, gyötrő fájdalom vagy szapora szívverés is drámai módon befolyásolhatók a terapeuta viselkedése, beavatkozásai vagy interpretációi által.

A terapeuta szerepe még jelentősebbé válik, ha a szert hosszú ideig tartó szisztematikus pszichoterápiát követően vagy egy pszicholitikus ülésorozat keretein belül alkalmazzuk. Az áttételes jelenségek ilyenkor központi jelentőségre tesznek szert.⁶

A terapeuta emberi és szakmai érdeklődése, klinikai tapasztalata, képességei, személyes biztonságérzete, szorongástól való mentessége, valamint aktuális fizikai és mentális kondíciója fontos tényezők az LSD-terápiában. Lényeges, hogy a terapeuta az ülés megkezdése előtt alaposan megvizsgálja saját motivációját és az alannal szembeni attitűdjét, jó munkakapcsolatot alakítson ki a pácienssel, továbbá tisztázza vele az áttétel és a viszont-áttétel problematikáját. A terapeuta soha ne ajánlja az LSD-ülést hatásos és "mágikus" eljárásként egy olyan páciensnek, akivel holtpontra jutott a kezelésben, csak azért, mert képtelen elviselni a kudarc, a bizonytalanság vagy a tehetetlenség érzését. Szintén megkérdőjelezhető, ha a terapeuta kompenzációként kínálja az LSD-ülést egy olyan páciensnek, akit személyes vagy rajta kívülálló

okok miatt hosszú időn át elhanyagolt, azt az érzést próbálván kelteni benne, hogy valami jelentőségteljes és fontos dolog van folyamatban. Az LSD használatára irányuló motivációk legveszélyesebbike talán az, amikor a terapeuta hatalmát és tekintélyét kívánja demonstrálni egy problémás beteg előtt, aki viselkedésével megrendítette személyes biztonságérzetét. Ha ezek a problémák feldolgozatlanok maradnak, akkor negatívan befolyásolhatják az LSD-ülés alakulását, különösen ha a páciens múltjának valamely traumatikus eseményére emlékeztetik.

A terapeuta és az alany közti kapcsolat tisztasága a sikeres terápia szükséges előfeltétele. Az LSD - mint azt korábban már említettük - a mentális folyamatok nonspecifikus erősítője. Amellett, hogy aktiválja az alany személyiségének intrapszichikus elemeit, egyúttal a közte és a többi jelenlévő között működő interperszonális helyzetet is felerősíti. Ez a nagyító hatás lehetővé teszi, hogy tisztán érzékeljük a terápiás kapcsolat áttételes aspektusait, és betekintést nyerhetünk a páciens nem megfelelően működő interperszonális mintáiba is. Ha a terapeuta és a beteg közti helyzet tiszta és nyitott, akkor az LSD erősítő hatása kiváló lehetőséget nyújt a terápiás haladásra. Ha viszont a terápiás kapcsolatban nyílt vagy rejtett félreértések, konfliktusok és torzulások mutatkoznak, akkor a szer hatása ezeket oly mértékben felerősítheti, hogy komolyan akadályozhatják a terápiás munkát, sőt veszélyeztethetik magát a kezelési folyamatot is. Ennél fogva igen fontos, hogy a vezető az ülések során mindvégig tudatában legyen saját intrapszichikus és interperszonális mintáinak, és vigyázzon arra, hogy ezek ne interferáljanak a pszichedelikus folyamattal.

Az LSD-üléseken felmerülő, az alanyt, a kísérőket és a köztük lévő kapcsolatokat érintő jelenségek mindegyike visszavezethető a résztvevők konkrét személyiségjegyei közötti komplikált interakciókra. Hogy az egyes résztvevők ezekben az interakciókban milyen szerepet vállalnak, az helyzetről helyzetre és ülésről ülésre változik. Mivel az LSD-alanyok mentális folyamatait a szer rendkívüli mértékben felerősíti, várható, hogy az interakciók természetét és tartalmát elsősorban ezek a folyamatok fogják meghatározni - leszámítva azt az esetet, amikor a kísérők részéről komoly viszont-áttételes problémák merülnek fel.

A tapasztalat azt mutatja, hogy az áttételes torzítás intenzitása a dózistól és az ülés során aktiválódott tudattalan anyag természetétől függ. Az ülések azon szakaszaiban, amikor a szerhatás fennáll ugyan, de a tudatot nem köti le nehezen feldolgozható érzelmi anyag, az alany érzékelése szokatlanul mélylyé és tisztává válhat. Ezzel együtt az intuíció és az empátikus képesség is rendkívüli módon elmélyülhet. Egyes alanyok ilyenkor lenyűgöző pontossággal éreznek rá a kísérőkben zajló pszichés folyamatokra. Ha a kísérők pszichéjében az alanyéhoz hasonló problémák rejtőznek, akkor az alany ezeket könnyedén beazonosítja, még akkor is, ha közben saját problémájával van elfoglalva. Aki saját magában sikeresen kutatott fel bizonyos mély tudattalan struktúrákat, az másokban is ráérez a hasonló elemek jelenlétére.

A kísérő személyisége, gondolati folyamatai, érzelmi reakciói, attitűdjei és viselkedésmintái ezekben a helyzetekben különös jelentőségre tesznek szert. Ismételten megfigyeltük, hogy egyes LSD-alanyok kísérőket pontossággal képesek ráhangolódni a kísérők érzésvilágára. Megérik, ha a terapeuta figyelmét az ülésnek szenteli és elégedett annak lefolyásával, de azt is, ha szakmai vagy személyes problémák elvonják a figyelmét, unatkozik vagy fáradt. Tudják, mikor elégedetlen az ülés menetével, és mikor aggódik annak kedvezőtlen alakulása miatt. Ez könnyen magyarázható azokban az esetekben, amikor az LSD-alany látja a kísérők arckifejezését. Elképzelhető, hogy a szer hatására az alany érzékenyebbé válik a metakommunikációs jelzésekre, és ezekből elegendő információt nyer ahhoz, hogy pontosan felmérje a kísérők állapotát, még akkor is, ha ezek a jelzések annyira kifinomultak, hogy a hagyományos pszichoterápiában biztosan elkerülnék a páciens figyelmét. Ez a magyarázat azonban nem alkalmazható azokra az esetekre, amikor az alany lehuny vagy bekötött szemmel tett ilyen jellegű megfigyelést, vagy a szeme nyitva volt ugyan, de a terapeutát nem láthatta.

E helyütt fontos megemlíteni, hogy az alany és a terapeuta rendszerint eltérő véleménnyel van arról, hogy mi minősül "jó" és produktív ülésnek - különösen, ha az ülés még mindig folyamatban van. Ezt figyelembe véve eléggé valószínűtlen, hogy az alany pusztán a saját helyzetértékelésére támaszkodva helyesen mérje fel a terapeuta üléssel kapcsolatos érzéseit. Bizonyos esetekben az alanyok "leolvasó" képessége az érzékeken túli észlelés határát súrolta. Ezek a betegek pontos benyomást szereztek a terapeuta érzelmi tónusairól, sőt még gondolatainak konkrét tartalmáról is. Néha úgy érezték, összekapcsolódnak a terapeuta emléktárával, és pontos leírást adtak a terapeuta közeli vagy távoli múltjában lezajlott eseményekről.

A kiélesedett percepció jelenségével gyakrabban találkozunk az alacsony dózist használó üléseken, amikor az LSD mennyisége még nem elegendő ahhoz, hogy fontos emocionális anyagot hozzon felszínre. A nagy dózisú üléseken ezek a jelenségek többnyire az ülés felfutó és lecsengő fázisára jellemzőek. Mivel e szabály alól jelentős kivételek is vannak, azt mondhatjuk, hogy a percepció szokatlan kiélesedése bármilyen

dózisnál, az ülés bármely szakaszában előfordulhat. Úgy tűnik, hogy ezek a jelenségek nem az ülés lefolyásával vagy a hatás intenzitásával, hanem az élmény általános jellegével és az ülés során beálló konkrét tudatállapotokkal vannak kapcsolatban. Amikor az LSD-alanyok mélyen elmerülnek saját problémáikban, percepcióik, gondolataik, érzéseik és a kísérőkkel szemben támasztott elvárásaik rendszerint igen kevésbé tükrözik az objektív valóságot. Az ilyenkor fellépő megnyilvánulások projekciók: az alany belső élményeinek, érzelmeinek, ösztönkésztetései és felettes énjének kivetülései.

A nagy dózisu LSD-üléseken a jó terápiás kapcsolatnak döntő szerepe van, mert még a legideálisabb interperszonális helyzet sem tudja teljesen kiküszöbölni annak lehetőségét, hogy a szer hatására komoly torzulások álljanak be az érzékelésben. Ha az alany és a kísérők közötti kapcsolat világos és stabil, akkor a szer hatása alatt beálló érzékelési torzulások nem fenyegetik a terápiás folyamatot, ehelyett értékes lehetőséget kínálnak a tanulásra és a korrekatív emocionális élményre. A jó terápiás kapcsolat hozzásegíti a páciens, hogy elengedje pszichológiai védelmeit és átadja magát az élménynek, valamint segít átvészelni az ülés nehezebb szakaszait, amikor intenzív fizikai és érzelmi szenvedéssel vagy zavarodottsággal kell szembenéznie. A minőségi terápiás kapcsolat elengedhetetlen feltétele annak, hogy az alany túljusson a pszichedelikus terápia egyik legkomolyabb kihívásán, az alapvető bizalom kríziséen.

Amíg az interperszonális helyzetet nem zavarják meg a vezető viszont-áttételes problémái, addig az alany LSD-élményének terápiás helyzetre vonatkozó része mindig az épp felszínre kerülő tudattalan anyagot tükrözi. Az ebből adódó projektív torzításnak számos formája és fokozata van. A legfelszínesebb megnyilvánulásokat olyan fantáziák és vizualizációk alkotják, amelyekben az alany a terapeutának bizonyos konkrét véleményeket vagy attitűdöket tulajdonít. Ha az alany szemkontaktusban van a terapeutával, akkor e projekciókat a terapeuta arckifejezésének illuzórikus elváltozásai is kísérhetik. A páciens számára úgy tűnhet, mintha a terapeuta kuncogna, mosolyogna, nevetne, leereszkedően nézne, ironizálna vagy gúnyt űzne belőle. A beteg láthatja, amint a terapeuta egyértelmű jelét adja szexuális érdeklődésének, nemi izgalmat vélhet felfedezni az arcán és csábításra utaló jeleket a gesztusaiban. A terapeuta tűnhet szigorúnak, dühösnek, gyűlölettel telinek és agresszívnek, vagy épp ellenkezőleg: együttérzőnek, megértőnek és szeretetteljesnek is, az arca bizonytalanságról, aggodalomról, félelemről vagy büntudatról árulkodhat. Az ilyen jellegű fantáziák és illuzórikus átalakulások azokat az érzéseket és attitűdöket tükrözik, amelyeket az alany a terapeutára átesz. A projekciók sok esetben ennél jóval kidolgozottabb és bonyolultabb formában jelentkeznek: extrém esetben a terapeuta arca, teste és öltözéke is komplex átalakuláson mehet keresztül. Ezen átalakulások szimbolikus értelme néha azonnal nyilvánvalóvá válik, máskor a jelentés kibontásához szisztematikus és koncentrált analitikus munkára van szükség.

A terapeuta szimbolikus transzformációjában több jellegzetes problémacsoport is tükröződhet. A leggyakoribbak az *alany ösztönös agresszív vagy szexuális késztetéseit reprezentáló képek*, amelyekben a terapeuta transzformált alakja az erőszakot, a kegyetlenséget és a sadizmust testesíti meg. A terapeuta átalakulhat olyan mesterségek képviselőjévé, mint a mészáros, a bokszoló, a hóhér, a zsoldos, vagy az inkvizítor; olyan, erőszakosságukról hírhedt történelmi alakokká, mint Dzsingisz Kán, Néro császár, Drakula gróf, Hitler vagy Sztálin; gyilkossá és bérgyilkossá, rablóvá, SS és Gestapo taggá, vörös komisszárrá, fejedésszé és más hasonló karakterre. A horrorfilmek hősei - például Frankenstein, a Lény a Fekete Lagúnából, Drakula, King Kong vagy Godzilla - szintén gyakoriak ebben a kontextusban. Az alany agressziójának egy másik lehetséges reprezentációjában a terapeuta vérszomjas vadállat alakját ölti, így átváltozhat sassá, oroszlánná, tigrissé, fekete párduccá, jaguárrá, cápává vagy tyrannoszaurusszá. Hasonló jelentéssel bír, ha a terapeuta az említett állatok hagyományos ellenségévé - gladiátorrá, vadásszá vagy a vadállatok szelídítőjévé - alakul át. Az agressziót archetipikus képek is szimbolizálhatják, például a terapeuta megjelenhet fekete mágusként, gonosz boszorkányként, vámpírként, ördöggként, démonként vagy az alanyt elnyelni készülő istenségként. Ha az alany saját tudattalanjának agresszív témáira van hangolva, akkor a kezelőhelyiség úgy tűnhet fel előtte, mint dr. Caligari szekrénye, börtön, kízókamra, koncentrációs tábor barakkja vagy az a cella, ahová a halálra ítélteteket zárják. A terapeuta kezében lévő ártatlan tárgyak, mint egy ceruza, töltőtoll vagy egy darab papír törre, fejszévé, fűrészé, puskává és más gyilkos eszközzé változhatnak át.

A szexuális késztetések szintén megnyilvánulhatnak szimbolikus projekciók formájában. Ilyenkor az alany a terapeutát egy orientális hárem tulajdonosának, züllött kéjencnek, prostituátnak, külvárosi kerítőnek vagy frivol, promiszkuózus és bohém festőnek láthatja, de az e kontextusban felmerülő szexuális szimbólumok között találkoztunk már Don Juan, Raszputyin, Poppea, Casanova és Hugh Hefner alakjával is. Más képek a szexuális vonzódást annak pejoratív felhangjai nélkül juttatják kifejezésre, ilyenek például a híres filmsztárok, legendás romantikus szerelmesek vagy a szerelem archetipikus istenségeinek látomásai. Az

előrehaladottabb LSD-üléseken gyakran bukkannak fel a férfi és a női princípium istenként tisztelt megszemélyesítései, köztük Apolló és Aphrodité vagy Siva és Sakti kettőse, de előfordulnak szerelmi rítust celebráló papok és papnők, termékenységű szertartások, a falosz-imádat vagy szexuális elemekkel fűszerezett törzsi rituálék képei is. Több alkalommal megtörtént, hogy a terapeuta arca a leprás vagy szifiliszos betegekre jellemző deformáción ment keresztül; ezt az átalakulást a szexuális vágy és a büntetéstől való félelem egyidejű projekciójaként értelmezhetjük.

Az illuzórikus transzformációk másik jellegzetes típusánál *az alany felettes énje jut kifejeződésre*. Ilyenkor a terapeuta olyan személyként jelenik meg, aki értékeli, megítéli vagy kritizálja az alanyt. A terapeutára kivetített személyek között megtalálhatóak az alany szülei és tanítói, papok, bírák, esküdtek, az igazság különféle archetípusos megtestesítői, sőt néha Isten vagy a Sátán is. Más esetekben a kivetítésben a felettes én ego-ideálja ölt testet, ilyenkor az alany a terapeutát tökéletes emberi lénynek látja, aki minden elképzelhető erénnyel meg van áldva, megszerzett és elért mindent, amit a páciens valaha is kívánt: fizikai szépséget, morális integritást, kivételes intelligenciát, érzelmi stabilitást és kiegyensúlyozott életet.

A kivetítések egy további változata *az alany feltétlen szeretetre és osztatlan figyelemre irányuló igényét*, valamint afőlötti ingerültségét tükrözi, hogy a terapeutát nem kizárólagosan birtokolja. Ezek a jelenségek főként azokra a pszichodinamikus ülésekre jellemzők, amelyeken az alany a korai csecsemőkorba regresszál és tudattalanjából intenzív anaklitikus igények nyilvánulnak meg. Sok páciens nehezen tudja elfogadni, hogy a terapeután más betegekkel is osztoznia kell, hogy a terapeutának is van magánélete, és hogy a terápiás eljárás korlátokat emel az intimitás elé. Akár alátámasztják ezt az objektív tények, akár nem, sok páciens érzi úgy, hogy a terapeuta hideg professzionalizmussal és tudományos objektivitással kezeli őt, mint valami kísérleti állatot. Ha az ülés során fizikai kontaktus használatára kerül sor, ezek a páciensek ebben sem az emberi érzelmek igaz kifejeződését, hanem terápiás technikát vagy szakmai trükköt látnak.

Abból a kíváncsiságból, amelyet a terapeuta a beteg élettörténete vagy problémáinak dinamikája iránt tanúsít, a beteg csúfot űzhet azáltal, ha a terapeutát Sherlock Holmes, Hercule Poirot, Leon Clifton alakjában, egy pipázó, szemüveges és nagyítóval vizsgálódó mesterdetektív karikatúrájaként látja maga előtt. A terapeuta pácienssel szemben felvett professzionális, objektív és "tudományos" megközelítése nevetségessé tehető, ha a terapeuta egy mulatságos, művelt bagollyá alakul át, aki pókhálóval borított köteteken gubbaszt. A mély érzelmi reakciók irritáló hiányát és a professzionális "ridegséget" tükrözheti egy olyan illúzió, amelyben a terapeuta vastag páncélt viselő középkori lovagként, úrhajósként, tűzoltóként vagy bűvárként tűnik fel. A páciens zavarhatja, ha az ülésről felvétel készül, még akkor is, ha ebbe az ülés előtt beleegyezett, sőt kifejezetten kérte, hogy így legyen. A terapeuta ezzel kapcsolatos "merevségét" úgy teheti gúny tárgyává, ha nyárspolgár bürokratának, ambíciózus és szorgalmas nebulónak vagy korlátolt hivatalnoknak látja őt. Az orvosi hivatás szimbóluma, a fehér köpeny szintén fontos szerepet kaphat ebben a kontextusban: a beteg a terapeuta orvosi szerepe ellen lázadhat azzal, ha átváltoztatja őt egy olyan foglalkozás képviselőjévé, amelynek gyakorlói szintén fehér köpenyt viselnek, például zöldségessé, borbélyvá vagy mészárosná. Arra is volt példa, hogy a beteg a vezetőt dr. Fausttal azonosította, utalván ezzel a terapeuta szofisztikáltságára és doktori címére, tudományos kutatásainak különleges voltára, valamint az általa használt szer mágikus tulajdonságaira. Esetenként a beteg arra is utalást tett, hogy a terapeutának követnie kellene Faust példáját és le kellene cserélnie a tudományt a múltó földi élvezetekre.⁷

Ezekre a jelenségekre érdekes, képregényszerű illusztrációval szolgál Agnes egyik korai ülése, akit súlyos krónikus neurózis miatt részesítettünk pszicholitikus kezelésben. Terápiájának azon fázisában, amikor elkeseredetten küzdött a terapeuta birtoklásáért és emiatt féltékenyen tekintett a többi betegre, egyik ülésén Agnes egy csirkegyárban találta magát, amely az LSD-terápia helyszínéül szolgáló pszichiátriai kutatóintézetet jelképezte. Betegtársainak szimbolikus megfelelői a kikelés különböző stádiumaiban járó, hiányosságokkal és defektusokkal terhelt tojások voltak. A csirkék kikelése - a születési élmény analógiájaként - a kezelés eredményes lezárására és a neurózisból való gyógyulásra utalt. A páciens-tojások a látomásban vetélkedtek egymással: próbálták felgyorsítani saját kikelésüket, és eközben a terapeuta figyelmét is magukra akarták vonni. A terapeutának a látomásban egy elektromos izzórendszer felelt meg, amelyből tudományos szempontok szerint megállapított mennyiségű fény és meleg áradt a tojásokra. A páciens saját magát az egyik tojásban mocorgó, elégedetlen csirke-embrióval azonosította, aki szenvedélyes küzdelmet folytatott a mesterséges melegért, az egyetlen dologért, amit adott helyzetében elérhetett. Mint később kiderült, az embrió titokban arra vágyott, hogy egy valódi anyatyúk egyetlen csibéje legyen, és elviselhetetlennek érezte az igazi anya mesterséges pótlékát.

Amint az ebből a példából is látható, a terapeuta transzformációja nem feltétlenül elszigetelt jelenség: együtt járhat a páciens autoszimbolikus transzformációjával, sőt a teljes környezet illuzórikus átalakulásával is.

A vezető és a környezet illuzórikus átalakulásának - a legtöbb LSD-jelenséghez hasonlóan - több szintje és többszörösen determinált struktúrája van. Az elsőként adódó értelmezésen túl a képek számos egyéb funkcióval is rendelkezhetnek. Akárcsak az álmok esetében, itt is gyakori, hogy egy adott képhez több lehetséges értelmezést találunk. A képek, amelyekben a tudattalan különböző szintjeiről származó anyag tükröződik, gyakran egymással ellentétes készítéseket és érzelmeket sűrítenek össze egyetlen szimbolikus megnyilvánulásba. Az eddig tárgyalt vizuális természetű jelenségeken túl a projektív torzítások a többi érzékszerv észleleteire is kiterjedhetnek, így a hallásra, a szaglásra, az ízelelésre és a tapintásra.

Az illuzórikus transzformációk tartalmát az LSD-élmény jellegén kívül az határozza meg, hogy a szer a tudattalan mely szintjét aktiválta. A legfelületesebb változások absztrakt jellegűek és nem hordoznak mélyebb jelentést. A terapeuta arca hullámozhat, eltorzulhat vagy váltakozó színekben tűnhet fel. A bőrét boríthatják tetováláshoz vagy bennszülött díszítéshez hasonló mozaikok és bonyolult geometriai ábrák. Ezek a változások, amelyek jellegükben egy rosszul hangolt TV-készülék képzavarait idézik, nagy valószínűséggel az érzékszervi apparátus kémiai stimulációjának eredményei.

Pszichodinamikus szinten az illuzórikus transzformációk az egyén sűrítettélmény-rendszereinek alaptémáit tükrözik, és mindig annak a rétegnek a tartalmi elemeiből építkeznek, amelyik épp a tapasztalati mező középpontjában van. Az alany a terapeutát érzékelheti úgy, mint valamelyik szülőt, testvért, közeli rokont, dadát, szomszédot, vagy más jelentős személyt, aki gyermekkori élményeiben fontos szerepet játszott. E kategóriában gyakori szereplők a fájdalmas orvosi beavatkozásokat végző doktorok és nővérek, a pótszülők szerepét játszó ismerősök, azok a felnőttek, akik fizikailag bántalmazták vagy szexuálisan kihasználták az alanyt, valamint a múltban átélt különféle félelmetes epizódok főszereplői. Esetenként a terapeuta az alany kedvenc gyermekkori állatává alakul át, így a család kutyájává, egy nyuszivá vagy tyúkká, de öltheti olyan, érzelmileg fontos játék alakját is, amely az alanynak gyermekkorában társpótlékot jelentett.

A projektív transzformáció néha nem a sűrítettélmény-rendszerekben rögzült élettrajzi anyagot tükrözi, hanem annak központi témájára hoz új variációt. Az alábbi példa, amely a komoly rákfóbiától szenvedő Renáta LSD-ülésétől származik,⁸ megmutatja, miként sűríthet a terapeuta látszólag jelentéktelen, részleges transzformációja is több szintről származó, releváns anyagot.

Amikor Renáta a vezetőre nézett, a terapeuta szemében tükröződő fény egy nagy, halálfejes lepke alakját öltötte. Másnap Renáta a szabad asszociáció módszerével a következő anyagot hozta elő:

A halálfejes lepke éjszakai lény, amely bódító illatú virágokra száll, hogy kiszívja belőlük a nektárt. A hátán egy emberi koponya jól felismerhető rajzát viseli, a néphiedelem szerint a halál hordozója. E lepke látomása Renáta egyik központi problémáját tükrözte, amely rákfóbiájához is szorosan kapcsolódott. Egyes gyermekkori élményei, köztük a nyolc évesen mostohaapjától elszenvedett szexuális bántalmazás hatására Renáta tudattalanjában intim közelségbe került a halál és a szexualitás. A nyári éjszakák, a nehéz, édes illatok a szerelem és a szeretkezés atmoszféráját sugallják, a virágok között szárnyaló halálfejes lepke viszont a halál hírnöke.

A további asszociációk komplikált, többszörösen determinált és leleményes struktúrát tártak fel. Renáta valahol azt olvasta, hogy a halálfejes lepke hernyója az *Atropa Belladonna* nevű növényen, más néven nadragulyán él, amelyről köztudott, hogy pszichoaktív hatóanyagot tartalmaz. A növényt a középkorban a boszorkányszombatokra készített varázsitalok és kenőcsök egyik alapanyagaként hasznosították. Kis dózisban hallucinogén hatású, nagyobb mennyiségben viszont extrém toxicitást mutat. A nadragulyát hallucinogén hatása az LSD-vel hozza kapcsolatba, a boszorkányszombatok orgiáiban játszott szerepe ugyanakkor a szexualitás veszélyes aspektusait emeli ki. Könnyű túladagolásának veszélye szintúgy a szex és a halál közelségét hangsúlyozza, de visszautal az LSD-terápia folyamatára is, amelyben az ego halálának élménye fontos tapasztalati elem. Renáta olvasmányaiából arra is emlékezett, hogy a halálfejes lepke hernyója álló helyzetben alszik, és úgy találta, hogy ez a tény közvetlen kapcsolatban áll azzal a traumatikus helyzettel, amelynek során szembesülnie kellett csábító mostohaapja péniszével.

Az élmény legmélyebb szintjén a halálfejes lepke - elnevezésénél fogva (angolul Sphinx moth) - az egyiptomi szfinxre utal. A szfinx a destruktív nőiség jelképe, egy emberarcú, állati testű lény, aki áldozataival úgy végez, hogy megfojtja őket. Szimbólumával gyakran találkozhatunk a szülés gyötrelmeivel és a transzcendenciával foglalkozó LSD-üléseken. Renáta itt, a perinatális szinten, a biológiai születés folyamatában találta meg végül a szex és a halál közti fúzió és konfúzió legmélyebb, tudattalan gyökereit.

Az elsősorban perinatális jellegű üléseken a terapeuta transzformációi a fentiekől gyökeresen eltérő jelleget mutatnak. Ezek az üléseken a projektív torzulások általános irányát az határozza meg, hogy a halál-újjászületési folyamat épp melyik fázisában jár, illetve hogy a tudattalanban melyik perinatális mátrix került aktiválásra.

A négy mátrix mindegyikével jellegzetes és differenciált élményelemek járnak együtt. Az első perinatális mátrixot a transzcendens szépség, a feltétel nélküli szeretet, a határok felolvadása, a numinozitás, valamint a gondoskodás és a védettség érzete jellemzi. A második perinatális mátrixba való átlépéskor megjelenik a mélységes metafizikai szorongás, a fenyegetettség, a paranoia és az egyéni autonómia elvesztésének érzete. A második mátrix kifejlett formájában egy visszafordíthatatlan csapdahelyzetnek tűnik, amelyben az alany véget nem érő, ördögi tortúrának van kitéve és a lelke megsemmisülésétől retteg. A harmadik perinatális mátrixot a titáni, véres csata szadomazochisztikus, szexuális és szkatológiai komponensekkel tarkított elemei jellemzik. A harmadik mátrixból a negyedikbe való átmenetet az alany úgy éli meg, mintha egy ellenállhatatlan erő teljes és feltétel nélküli megadásra kényszerítené. Az alanyt egy küszöbön álló, elkerülhetetlen katasztrófa érzése tölti el, és eluralkodik rajta a megsemmisüléstől való páni félelem. A negyedik mátrixot a spirituális felszabadulás, a sötétségtől való megmenekülés, a megváltás és a megvilágosodás félreismerhetetlen kvalitásai jellemzik.

Ha az alany a negatív mátrixok valamelyikének hatása alatt áll, akkor a terapeuta olyan erők és mozgalmak képviselőjeként tűnhet fel, amelyek fenyegetést jelentenek nemcsak az egyénre, de az egész világra is. A terapeuta átalakulhat egy veszélyes földalatti szervezet vezetőjévé, az emberiség leigázására törő földönkívüli civilizáció képviselőjévé, rejtőzködő náci vagy kommunista vezetővé, félrevezetett vallási fanatikussá, zseniális, ám örült tudóssá vagy magává az ördöggé. Amikor az alany ilyen erőteljes képekkel szembesül, könnyen elveszíti annak belátását, hogy egy szimbolikus folyamatban vesz részt, és ennek következtében akár szélsőségesen paranoid reakciók is kialakulhatnak. A felszínesebb, kisebb meggyőző erővel bíró élményekben az alany a perinatális szimbolika számos elemét vetítheti a terapeutára, aki így az alanyt felfalni készülő mitológiai szörnyeteggé, a Nagy Inkvizítorrá, koncentrációs tábor parancsnokává vagy kegyetlen szadistává alakulhat át. Emellett magára öltheti olyan történelmi személyek alakját is, akik jól ismertek kegyetlenségükről, átváltozhat szexuális perverziók művelőjévé, koprofillá, zsoldos katonává, komoly betegségtől szenvedő vagy súlyos sebekből vérző személlyé, konkvisztádorrrá, prekolumbiánus pappá, egy karnevál résztvevőjévé vagy a megfeszített Krisztussá. Hogy e transzformációk konkrétan milyen formában jelentkeznek, az a halál-újjászületési folyamat aktuális fázisától és az alany élményeinek mélységétől függ, továbbá attól, hogy az illető passzív vagy aktív szerepet játszik-e a folyamatban.

Amikor az LSD-ülést a pozitív perinatális mátrixok dominálják, akkor a transzformációk is ennek megfelelő minőséget vesznek fel. A negyedik perinatális mátrix hatása alatt álló alanyok a terapeutát győzedelmes katonai vezetőnek láthatják, aki épp most ünnepli a gonosz ellenség fölött aratott elsöprő győzelmét. Láthatják megváltónak, a kozmikus bölcsesség megtestesítőjének, az élet és a természet legmélyebb titkait feltáró tanítónak, az isteni princípium megnyilvánulásának, sőt végső fokon akár Istennek is. Az első és a negyedik perinatális mátrix élményei között sok az átfedés - például mindkettőre jellemző a belső ragyogás, a szentség érzése vagy a kozmikus humor -, de míg az első mátrixban ezeket az élményeket az időtlenség atmoszférája lengi körül, addig a negyedikben azok a halál és az újjászületés közti átmenet kísérőjelenségeiként szerepelnek. Az alany megélheti a határok felolvadását és a terapeutával való eggyé válás élményét is, amely az abszolút biztonság és az igények teljes kielégítettségének érzésével jár együtt.

Az alany a halál-újjászületési folyamat átélése során gyakran azonosítja a terapeutát az őt éppen megszüülő nővel, és ezt konkrét tapasztalati formában is átélheti. Ez a jelenség mind férfi, mind női kísérővel előfordulhat, azaz független a kísérő tényleges szexuális identitásától. Ezeknél az eseteknél az áttételes kapcsolat szimbiotikus minőséget vesz fel, és mély, biológiai gyökerű ambivalencia jellemzi. Az alany a terapeutát mágikus erejű, hatalmas és kozmikus lénynek láthatja, akihez két különböző módon viszonyulhat: vagy ő is részesül ebből a hatalomból, vagy passzív, függő és kiszolgáltatott helyzetbe kerül. A viszonyulás módja döntően azon múlik, hogy a beteg képes-e teljes bizalommal lenni a világ és az emberi lények iránt, ami leginkább az életének korai szakaszában szerzett élményeitől függ. Ezek az élmények határozzák meg, hogy a totális függés állapota az alany számára élvezetes lesz-e, vagy épp ellenkezőleg, az életveszélyes fenyegetettség és a paranoid gondolatok forrásává válik.

A páciensnek gyakran az alapvető bizalmat megrendítő krízisen kell átmennie ahhoz, hogy újra kapcsolódni tudjon az anya és gyermeke közti viszony gondoskodó aspektusaihoz. Azok az LSD-alanyok, akik a perinatális szakasz korai szimbiotikus helyzetét vetítik a terapeutára, sokszor képtelenek rá, hogy

különbséget tegyenek önmaguk és a terapeuta között. Percepcióik, érzelmeik és gondolataik látszólag összefolynak a terapeutáéval, ennek folytán gyakran támad az az érzésük, hogy a terapeuta mágiikusan befolyásolja és kontrollálja őket szuggesztió, hipnózis, telepátia vagy pszichokinézis révén. Úgy érzik, hogy a terapeuta beférkőzött az elméjükbe és ismeri minden gondolatukat, vagy fordítva: ők osztoznak a terapeuta tudatában, érzéseiben és gondolati folyamataiban. Ilyen körülmények között a páciensek gyakran szükségtelennek érzik, hogy élményeiket verbálisan is megosszák a vezetővel. Úgy vélik, a terapeuta automatikusan osztozik élményeikben és részletekbe menően ismeri azokat, vagy az a meggyőződés alakul ki bennük, hogy a történéseket a terapeuta tervezte meg és irányítja, így minden az ő terve szerint alakul. A halál-újjászületési folyamat legkritikusabb fázisaiban a terapeuta a gyilkos vagy az életadó anyaméh szimbólumává válhat, de láthatják őt szülész orvosnak vagy bábának is. Az ilyen jellegű transzformációk különösen gyakoriak az olyan kezelési technikáknál, amelyek direkt fizikai kontaktust alkalmaznak.

A perinatális szinten az áttétel körüli problémák akkor csúcsosodnak ki, amikor a páciens megközelíti az ego halálának az egyén biológiai születésével egybeeső pillanatát. Ezen a ponton az alany minden védelmi mechanizmusát el kell engednie, fel kell adnia kontrolltörekvéseit, meg kell válnia valamennyi ragaszkodásától és referenciapontjától, ami az esetek többségében az alapvető bizalom mélyreható kríziséhez vezet. Végtelenül sérülékeny állapotában a páciens a terapeuta jellemét és motivációit veszi górcső alá, így próbálván felbecsülni a teljes önátadással járó veszély nagyságát. A páciens élettörténetének negatív tartalmi mind a felszínre törnek, és különféle szimbolikus megnyilvánulások alakjában vetítődnek ki a terapeutára. A terapeuta jellemének, attitűdjeinek és motivációinak hiányosságait, a terápiás kapcsolatban rejtőz, felderítetlen problémákat és konfliktusokat a beteg ilyenkor olyan élesen látja, mintha nagytón keresztül szemlélné azokat. Ha a beteg a terapeutát a gyilkos szülőcsatornában szerzett élmények tükrében látja, akkor az LSD-ülés olyan ördögi tervként tűnhet fel előtte, amelynek igazi célja, hogy megsemmisítse őt, kimossa az agyát, örök időre rabszolgává tegye vagy ellopja a lelkét.

A bizalmi krízis feldolgozását és a bizalmi kötelék újjáépülését követően az áttételes megnyilvánulások rendszerint a másik végletbe csapnak át. Az első vagy a negyedik perinatális mátrix hatása alatt álló alanyok úgy érzékelik a terapeutát, mint a szeretet, a biztonság és a gondoskodás legvégső forrását, aki egyidejűleg biztosítja számukra a "jó anyamell" és a "jó anyaméh" élményét. Az egyéni határok feloldódnak, nem marad más, csak a gondolatok, érzelmek és pozitív energiák szakadatlan, szabad áramlása. A páciens ezt az áramlást alapvető gondoskodási folyamatként éli meg, amelyben az őt tápláló tej spirituális forrásból fakad és csodálatos gyógyító erővel rendelkezik. Ennek az élménynek embrionális minősége is van: a különféle spirituális érzések és energiák áramlása párhuzamba állítható az anya és gyermeke közti placentáris keringéssel. Amikor ez a biológiai, emocionális és spirituális kapcsolat létrejön, az alany a terapeutát nem kizárólag biológiai anyjaként, hanem tágabb értelemben, a Nagy Anya, az Anyatermészet, a Kozmosz vagy Isten archetípusaként is megtapasztalhatja.

A transzperszonális jellegű LSD-üléseken az áttételes kapcsolat a fentiekől teljesen eltérő kvalitásokkal rendelkezik. Ezen a szinten a terapeuta illuzórikus átalakulásai többé nem értelmezhetők úgy, ahogy azt a pszichodinamikus szinten tettük, azaz többszintű és többszörösen determinált struktúrával rendelkező, komplex szimbolikus képekként, avagy a sűrítettélmény-rendszerek egyes rétegeit tükröző projekciókként. A transzperszonális élményeket jellemző transzformációk különböznek a perinatális szint áttételes jelenségeitől is, amelyek az anya és gyermeke közti szimbiotikus kapcsolat gondoskodó és destruktív aspektusait tükrözik. A transzperszonális projekciók körébe tartozó jelenségek sui generis ellenállnak a további pszichológiai analízisnek.

Általában véve elmondhatjuk, hogy a transzperszonális élmények bármelyike megnyilvánulhat áttételes jelenségekben. A terapeuta erőteljes archetipikus képek alakját öltheti, például átváltozhat a különféle társadalmi szerepek szakrális reprezentánsaivá, istenséggé vagy démonná. E transzformációkra jó példával szolgál az Egyetemes Ember, a Bölcs Ember, a Nagy Hermafrodita, az Animus és az Anima, Síva, Káli, Ganésa, Zeus, Vénusz, Apollón, Sátán, Ízisz, Cybele vagy Coatlicue alakja. Hasonlóan gyakori, hogy a terapeuta valamilyen vallási tanítónak alakul át, például Jézussá, Mózeszé, Mohameddé, Buddhává vagy Sri Ramana Maharishivé. Ha a páciens a faji vagy a kollektív tudattalan elemeivel találkozik, akkor a terapeuta egy másik kultúra képviselőjeként vagy egy másik korban élő személyként tűnhet fel. Ezek az epizódok néha "inkarnációs" tapasztalati minőséggel is rendelkeznek, ilyenkor a páciens meggyőződéssel hiszi, hogy valamely elmúlt életének emlékeit látja és a jelen helyzetet egy olyan esemény ismétlődéseként vagy variációjaként azonosítja, amely a régmúltban egyszer már lejárott. A betegek sokszor érzik úgy, hogy a terapeutával nem ebben az életükben találkoztak először. Alkalmanként ezeket az érzéseket különféle

kultúrákból és korokból származó, fölöttébb komplex helyzetek újraélése is kíséri, melyeket az alanyok meglepő részletességgel vizualizálnak.

Szintén gyakori, hogy a terapeuta ősi vagy filogenetikus emlékek szereplőjévé válik, ilyenkor az alany a terapeutát emberi vagy állati felmenői egyikeként érzékeli. A transzperszonális szint projektív transzformációi lényegi eltéréseket mutatnak az alapvetően pszichodinamikus, freudi jellegű projekciókhoz képest. Ezek az átalakulások rendkívül meggyőzőek és autentikusak, továbbá gyakran szolgálnak olyan érvényes és objektíve ellenőrizhető információval, amely messze túlmutat az alany iskolázottságán és tájékozottságán. A pszichodinamikus szint projektív transzformációival ellentétben ezeket az átalakulásokat nem lehet a páciens jelen életéből származó tartalmak szimbolikus reprezentációiként értelmezni. A transzperszonális jelenségek freudi megközelítését még azok a páciensek is felületesnek, elégtelennek és alkalmatlannak találják, akik a pszichodinamikus szinten lelkes résztvevőként működtek közre a projekciós jelenségek analízisében.

A terapeuta vagy a kísérő személyiségének és megnyilvánulásainak döntő szerepe jelentős következményekkel jár a pszichoterápiás gyakorlatra nézve. Ez a feladat komoly kihívást jelent a terapeuta számára, aki az alany részéről az érzelmi nyomás legkülönbözőbb változatainak lehet kitéve, miközben vigyáznia kell arra, ne hogy beleessék az áttétel és a viszont-áttétel körül kialakuló bonyolult csapdába. A terápiás kapcsolat intenzitása messze túlmegy a hagyományos pszichoterápiában megszokott határon, a megnyilvánulások gyakran annyira erőteljesek, hogy már-már a karikatúra határát súrolják. Ez mind a páciens, mind a terapeuta számára megkönnyíti, hogy megértse a szóban forgó problémák áttételes jellegét. Egy gyakorlott terapeuta a pszichedelikus ülésen kialakuló terápiás rapport révén olyan mélységben tudja erőteljes korrektív élményhez segíteni a páciens, amely a hagyományos pszichoterápiában csak igen nehezen érhető el.

Hogy a pszichedelikus terápia kihívásainak eleget tudjon tenni, a terapeutának speciális képzésen kell átesnie, amely a szer hatása alatt szerzett sajátélményeket is magában kell, hogy foglalja. Az LSD-kiváltotta állapotok rendkívüli jellege, valamint a kielégítő leírásuk útjában álló nyelvi akadály miatt a jövő LSD-terapeutái is csak a közvetlen tapasztalat révén nyerhetnek mélyebb belátást a pszichedelikus folyamatba. A pszichedelikus élményt tárgyaló olvasmányok, szemináriumok és előadások, de még a mások LSD-üléseiben való részvétel is csak felületes és elégtelen ismeretet nyújthat. A személyes ülések másik fontos funkciója, hogy segítségükkel a terapeuta saját lappangó konfliktusait és problémáit is felderítheti és feldolgozhatja. A jövő LSD-terapeutáinak számos ilyen konfliktussal kell szembenézniük, köztük olyanokkal is, amelyeket a konvencionális terápia ma még lényegében érintetlenül hagy; ilyen többek között a haláltól és a teljes kontrollvesztéstől vagy a megőrléstől való félelem. Ha ezekkel a problémákkal a terapeuta nem tud megbirkózni, akkor komoly esély van rá, hogy a páciens mély tudattalanjának megnyilvánulásai az ő pszichéjében is aktiválni fogják a kapcsolódó problématerületeket, ami igen nehezen kezelhető érzelmi és pszichoszomatikus reakciókhoz vezethet. Ennek nyomán olyan áttételes és viszont-áttételes problémák alakulhatnak ki, amelyek megnövekedett terhet rónak a terapeuta védelmi rendszerére és önkontrolljára. Ha az LSD-ülésen a terapeutának saját megoldatlan problémáival kell küszködnie, az a terapeuta és a beteg dolgát egyaránt megnehezíti. Ezeket az üléseket gyakran követi mély kimerültség.

A jó LSD-terapeuták további fontos kvalitásai és képességei a hosszú távú klinikai tapasztalat eredményeként alakulnak ki. Az ülések számának növekedésével a terapeuta növekvő biztonsággal kezeli az adódó helyzeteket, és nem találja annyira fenyegetőnek a pszichedelikus terápiában gyakorta fellépő szokatlan jelenségeket sem. Mindennapi gyakorlatában számtalanszor megfigyelheti, amint a páciensek a halálközeli állapot drámai élményeitől szenvednek, megőrlnek, gonosz szellemek szállják meg őket, vagy azt állítják, olyan mélyre mentek, ahonnan már nincs visszaút. Amikor ezek az állapotok rendre pozitív kimenetellel zárulnak, és a terapeuta azt látja, hogy ugyanezek az alanyok pár órával később felszabadultan, ragyogva humorizálnak, akkor lassan megszokja, hogy a pszichedelikus jelenségek teljes spektrumához részrehajlás nélkül, bizalommal és toleranciával közelítsen. Ez a lassanként megszilárduló új attitűd aztán áterjed a páciensekre is, és lehetővé teszi számukra, hogy valóban átengedjék magukat az élménynek, bármi kerüljön is felszínre az LSD-ülés során. Az így kialakuló bizalom vezet el végül oda, hogy a betegek élményeiken keresztül felfedhetik saját emocionális problémáik legmélyebb gyökereit.

SET ÉS SETTING

A pszichedelikus ülések alakulását az alany és a terapeuta személyisége mellett számos egyéb, nem farmakológiai természetű tényező is befolyásolja. Ezeket a változókat összefoglaló néven "setnek" és "settingnek" nevezzük.

A "set"-et alkotó tényezők közé tartoznak az alany LSD-üléssel kapcsolatos várakozásai, motivációi és szándékai, a terapeuta vagy a vezető LSD-élményről alkotott koncepciója, a pszichedelikus eljárás közös megegyezéssel megállapított célja, az ülésre való felkészítés módja, valamint azok a vezetési technikák, amelyekkel a terapeuta az ülést irányítja.

A "setting" körébe tartozik az aktuális fizikai és interperszonális környezet, valamint azok a körülmények, amelyek között a szer használatára sor kerül.

A SET FONTOSSÁGA

Mivel az LSD a mentális folyamatok nonspecifikus erősítőjeként funkcionál, a szer által kiváltott jelenségek spektruma rendkívül széles, és potenciálisan minden emberi tapasztalatot magában foglal. Az LSD-ülések ennek megfelelően számtalan különböző settel járhatnak együtt. Az LSD körül zajló heves viták hamar lecsillapodnának, ha a résztvevők világosan látnák, milyen alapvető relevanciával bírnak a szer hatásában az extrafarmakológiai tényezők. A látszólag az LSD-ről folytatott viták az esetek nagy részében nem magáról a szerről, hanem annak különféle felhasználási módjairól szólnak, azaz lényegében arról, hogy miként befolyásolja a set az LSD-élmény kimenetelét. Humphrey Osmond, az LSD-kutatás korai úttörője kitűnő elemzést nyújtott e problémáról egy LSD-pszichoterápiás konferencián. Osmond hangsúlyozta, hogy az LSD csak eszköz, így megítélésénél azt kell figyelembe vennünk, hogy ezt az eszközt mire és hogyan használják. Álláspontját illusztrálандó megkérte közönségét, hogy képzeljenek el egy helyzetet, amelyben eltérő tapasztalati háttérű emberek egy csoportjának kell véleményt nyilvánítania arról, vajon hasznos vagy veszélyes tárgy-e a kés. Ilyen körülmények között egy sebészben bizonyára a késsel elvégzett sebészeti beavatkozások merülnének fel, egy rendőrfőnök a késsel elkövetett gyilkosságokra asszociálna, a háziasszonyok arra gondolnának, milyen nagy segítséget jelent a kés a hús és a zöldségek felaprításában, egy szobrász pedig úgy tekintene rá, mint a faragás eszköze. Nyilvánvaló abszurditás lenne, ha a fenti nézőpontok valamelyikét a többi fölé emelnénk. A döntő szempont magától értetődően nem maga a kés, hanem az a mód, ahogy a kést felhasználják. Senki sem venné komolyan azt az állítást, hogy a késnek tulajdonított veszélyek vagy előnyök magának a késnek, mint eszköznek az inherens tulajdonságai lennének. És mégis, az LSD-ről folytatott diskurzus résztvevői rendre elkövetik ezt a logikai hibát.

Az alábbiakban röviden áttekintjük az LSD eddigi használatát kísérő legfontosabb seteket, és megvizsgáljuk ezek konkrét jellemzőit is. Az LSD-t elsőként az ún. "modell-pszichózis"-elmélet keretei között használták. Ez a megközelítés a szer felfedezését közvetlenül követő években számított egyeduralkodónak. E korszakban az LSD-élményt kizárólag pszichopatológiai kontextusban értelmezték, és "kísérleti pszichózisként" vagy "kémiai úton előidézett szkizofréniaként" utaltak rá. A kutatók azt remélték, hogy a szerrel folytatott kísérletek révén rátalálhatnak az endogén pszichózisok biokémiai alapjára. Rajtuk kívül mentálhigiénés szakemberek is használták a szert, hogy hatása alatt visszafordítható utazást tegyenek a szkizofrén betegek lelkvilágába.

Az LSD-ülések gyökeresen eltérő setje alakult ki, miután kiderült, hogy a szerhatás során felmerülő élmények megnövelhetik az őket átélő egyén kreatív potenciálját. Az LSD nagy népszerűsége tett szert a művészek körében, akik az *inspiráció lehetséges forrásaként* tekintettek rá. Festők, szobrászok, zenészek, építészek és írók százai jelentkeztek az LSD-kísérletek önkénteseinek. Nem sokkal később csatlakoztak hozzájuk a tudósok, filozófusok és más, fejlett kreativitással rendelkező egyének, akik hamar az LSD-kutatók kedvenc alanyaivá váltak. E személyek ülései során megfigyelték, hogy az LSD által előidézett szokatlan tudatállapotok javíthatják a problémamegoldó képességet, valamint értékes meglátásokhoz, érvényes intuíciókhoz és a felhalmozott adatok váratlan, meglepő szintéziséhez vezethetnek.

A szer hatása alatt átélt mélyreható *vallásos és misztikus élmények* az LSD-ülések egy további fontos setjéhez vezettek el. Az "instant" vagy "kémiai" miszticizmus iránt érdeklődő kutatók olyan keretrendszereket és szerhasználati mintákat kerestek, amelyek elősegíthetik a spirituális élmény kibontakozását.

Számos különféle set jellemezte azokat az üléseket, amelyeknél azt kutatták, milyen *terápiás potenciálja* lehet az LSD-nek a pszichiátriai betegek kezelésében és a halálos betegek gondozásában. Az

LSD-vel támogatott terápia különféle változatait az előző fejezetben már részletesen ismertettük, itt csak röviden áttekintjük a legfontosabb irányzatokat. A terápiás kutatások egy részénél az LSD-t az egyéb farmakológiai ágensekhez hasonlóan, rutinszerűen használták, tekintet nélkül arra, hogy a szernek pszichedelikus sajátosságai is vannak. E kutatásokban a szert antidepresszánsként próbálták hasznosítani, de vizsgálták lereagálást segítő és aktiváló hatását is. Más megközelítések az LSD-t a mentális folyamatok katalizátoraként és a pszichoterápia segédeszközeként tartották számon. Ezt a modellt használja például a pszicholitikus, az anaklitikus és a hipnodelikus terápia. Ezeken túl vannak olyan terápiás orientációk is, amelyek az LSD vallási jellegű, "misztiko-mimetikus" hatását hangsúlyozzák, ide tartozik a pszichedelikus terápia vagy Salvador Roquet pszichoszintézise.

A szer alkalmazható az egyéni vagy csoportos pszichoterápia kontextusában is, olyan terápiás rendszerek elméletére és gyakorlatára támaszkodva, mint a freudi pszichoanalízis, Jung analitikus pszichológiája, Moreno pszichodramája, Perls Gestalt-gyakorlata vagy az egzisztenciális pszichoterápia. Az LSD-terápia anaklitikus megközelítése a terapeuta és a páciens közti fizikai kapcsolatra és a gondoskodó anyai viselkedésre helyezi a hangsúlyt. A különféle vallások keretrendszereit felhasználó pszichedelikus terápia egyes változataiban a set és a setting más-más aspektusaira kerül a hangsúly, így a zenére, a természet gyógyító erejére, az univerzális szimbólumok használatára vagy szent könyvek releváns passzusainak felolvasására.

A nem terápiás céllal, illetve felügyelet nélkül lefolytatott önkísérletezéssel kapcsolatos setek száma a végtelenhez közelít. Van, aki kísérő felügyelete mellett használja a szert, mások egyéni vagy társas "utazásokon" vesznek részt. A helyszín tekintetében széles a választék: LSD-élményre sor kerülhet magánlakáson, természeti környezetben, koncerten, forgalmas utcán, sőt akár autópályán száguldó autóban is. A feketepiaci LSD minőségére nincs garancia, a lehetséges szennyeződések között megtalálhatók az amfetamin-származékok, a fenciklidin, az STP, sőt még a sztrichnin is. A hordozón lévő aktív hatóanyag mennyisége hasonlóképpen kiszámíthatatlan. A szer minőségének és mennyiségének megjósolhatatlansága, a támogató környezet teljes hiánya, valamint az önkísérleteket övező illegalitás atmoszférája jelentősen megnöveli a paranoia és a pánikreakció kialakulásának esélyét. Tagadhatatlan, hogy az LSD használata ilyen körülmények között komoly pszichológiai komplikációkhoz vezethet. Ez a tény azonban nem hozható fel az LSD általános veszélyességének bizonyítékaként.

Az LSD-t és a többi pszichedelikus szert a hatályos jogszabályok a narkotikumok (kábitószerek) közé sorolják. Ez a kategorizálás helytelen és tudományosan teljességgel megalapozatlan. Az LSD-t és más pszichedelikumokat használó személyeknél nem alakul ki fizikai függőség. Az okok, amelyek az egyént e szerek használatára - vagy abúzusára - késztetik, igen bonyolultak, és az emberi psziché legmélyebb tartományaiban gyökereznek. Ha a jogalkotás ezt a tényt figyelmen kívül hagyja, akkor törekvései szükségszerűen kudarcra vannak ítélve. A pszichedelikus szerekkel nem terápiás célú önkísérletezést folytató személyeket elsődleges motivációjuk szerint több csoportba oszthatjuk. Vannak köztük éretlen és felelőtlen fiatalok, akik nem rendelkeznek az LSD hatásáról reális információval, vagy ha mégis, teljességgel figyelmen kívül hagyják azt. A szert azért fogyasztják, hogy elrepüljenek, lázadjanak vagy csoportos orgiában vegyenek részt. Mások az élvezetet keresik: esztétikai, rekreációs vagy hedonista céllal próbálják fokozni szenzoros élményeik intenzitását. Egyes párok a közösen átélt pszichedelikus élményt arra használják, hogy átdolgozzák magukat a diádot feszítő érzelmi problémákon, javítsák kapcsolatuk minőségét, új csatornát nyissanak az egymás közti kommunikációban, valamint a szexuális interakció új szintjeit és dimenzióit fedezzék fel. Az önkísérletezők nem elhanyagolható hányadát alkotják azok, akik komoly érzelmi problémával küszködnek, de a hagyományos pszichoterápiás eljárások vagy elérhetetlenek számukra, vagy elkedvetleníti őket azok alacsony hatásfoka. Ezek a személyek elkeseredetten kutatnak a különféle terápiás alternatívák után, és mivel a törvény jelenleg nem teszi lehetővé, hogy felelősséggel működő, professzionális LSD-kezelésben vegyenek részt, kísérletet tesznek az önterápiára. Az önkísérletezők további jelentős csoportját alkotják azok a felelősségteljes és tanult értelmiségiek, akik a pszichedelikus ülést a filozófiai és a spirituális megismerés kivételes lehetőségeként kezelik. Ezek az emberek a pszichedelikus kísérletezésre úgy tekintenek, mint a tradicionális szellemi ösvények modern változatára, és olyan megismerési utakhoz hasonlítják, mint a tibeti vadzsrajána, a zen buddhizmus, a taoizmus, a szufizmus vagy a jóga különböző változatai.

Mint látható, a pszichedelikus kísérletezés háttérében meghúzódó motiváció az esetek egy részében fölöttébb komoly is lehet, és olyan, mélyen gyökerező emberi szükségletet fejezhet ki, mint az érzelmi jólétre, a spirituális beteljesedésre vagy az élet értelmének megismerésére irányuló vágy. Mindez azonban nem változtat a tényen, hogy LSD-ülésre csak biztonságos helyzetben szabadna sort keríteni, egy olyan

tapasztalt és felelősségteljes kísérő támogatása mellett, akiben az alany feltétel nélkül megbízik. Ha ilyen körülmények nem állnak fenn, akkor a szerrel folytatott kísérletezés veszélyei és kockázatai messze meghaladják annak lehetséges előnyeit.

Az LSD-vel folytatott kísérletek utolsónak tárgyalt válfajához olyan setek kapcsolhatók, amelyeket leginkább "*destruktívnak*" nevezhetnénk. Ide tartoznak azok a "kutatások", amelyek azt vizsgálják, felhasználható-e az LSD bizonyos személyek pszichológiai megsemmisítésére, vallomás kicsikarására, agymosásra, illetve kémiai hadviselésre. Ebbe a csoportba tartozik az a szituáció is, amikor emberek tudtukon kívül fogyasztanak LSD-t, anélkül, hogy bármilyen előzetes információval rendelkeznének a pszichedelikus szerek hatásairól. Ez a helyzet igen veszélyes: az érintett személyeknek nem csupán az élméjúsége, de egyenesen az élete forog kockán. Ilyen incidensre sor kerülhet véletlenül, például az LSD-t más tablettákkal tévesztik össze, vagy LSD-t tartalmazó kockacukrot használnak az igazi helyett. De a múltban volt példa arra is, hogy titkosrendőrök, hírszerző ügynökségek és katonai szakértők teljesen naiv és felkészületlen alanyoknak adtak a szerből, hogy így teszteljék az LSD destruktív potenciálját. Alkalmanként még pszichiátriai kutatók is végeztek ilyen kísérletet, mert azt kívánták megállapítani, hogy olyan személyben, akit felkészületlenül ér az LSD hatása, nem hasonlítható-e a tünetek jobban a szkizofréniára, mint annál, aki a szert tudatos beleegyezésével fogyasztotta el.

A múltban gyakran megtörtént, hogy felelőtlen személyek "beavatás" címszó alatt, szórakozásból, rosszindulatból vagy személyes bosszúból LSD-t csempészték rokonaik, barátaik vagy ismerőseik ételébe vagy italába. Néha ezt a tettet más tevékenységekkel is kombinálták, amelyek tovább fokozták az így előálló helyzet veszélyeit. Több évvel ezelőtt, New York-i tartózkodásom alatt fiatalok egy csoportjával találkoztam a Washington téren. Amikor meghallották, milyen kutatást folytatok, büszkén számoltak be saját "kísérleteikről", amelyek során vadidegen embereknek adtak LSD-t, anélkül, hogy az illetőknek erről tudomásuk lett volna. Miután a gyanútlan alanyok a szert elfogyasztották, a banda tagjai egy magánlakásra vitték őket, ahol törzsi maszkokba és bennszülött maskarába öltöztek, majd vad táncra perdültek az áldozat körül, törökkel és lándzsákkal hadonászva a szeme előtt. E "kutatások" célja az volt, hogy megvizsgálják, miként reagálnak a kísérlet alanyai erre a szokatlan helyzetre. Ilyen körülmények között az LSD-nek olyan erőteljes dezorganizáló hatása lehet, hogy akut, kontrollálhatatlan pánikot vagy akár pszichotikus dekompenzációt is előidézhet. Az ilyen helyzetekre, ahol az LSD-t valakinek titokban, az illető tudta és beleegyezése nélkül adják be, nem túlzás a "*kriminális set*" elnevezést használni.

A munkám kezdete óta eltelt húsz év során számos különböző set mellett vezettem pszichedelikus üléseket. A kezdeti időkben, amikor a kutatást a "modell-pszichózis"-megközelítés uralta, kollégáimmal didaktikus üléseket szerveztünk, hogy első kézből szerezhessünk tapasztalatot a pszichotikus betegek lelkivilágáról. Időnként művészek, filozófusok és tudósok látogattak el az intézménybe, hogy LSD-élményeikből inspirációt és belátásokat merítsenek. Később a szert elkezdtem a szisztematikus, dinamikus pszichoterápia segédeszközeként használni, és alkalmam nyílt rá, hogy speciálisan strukturált betegpopuláción vizsgáljam a szer diagnosztikus és terápiás potenciálját. Munkám ezen szakaszában az LSD-kezelés új terápiás technikáját fejlesztettem ki, amely a szer sorozatos használatára épült. Bár a módszer LSD-vel támogatott, freudi tanokra támaszkodó pszichoanalitikus eljárásként indult, később fokozatosan önálló kezelési modalitássá nőtte ki magát, amely a gyermekkori traumák feldolgozásán túl nagy fontosságot tulajdonít a halál és az újjászületés folyamatának, valamint a transzperszonális élményeknek is.

Az LSD-vel folytatott klinikai munkám prágai éveit követően lehetőségem nyílt rá, hogy kis időt Londonban töltssek, ahol első kézből ismerkedhettem meg az anaklitikus terápia Joyce Martin és Pauline McCririck által kifejlesztett gyakorlatával. 1967-ben az Egyesült Államokba költöztem, ahol csatlakoztam a baltimore-i Spring Grove kórház LSD-kutatócsoportjához. Itt sajátítottam el a pszichedelikus kezelés technikáját, amelyet később a gyakorlatban is alkalmaztam. Ez idő tájt többször felkértek, hogy konzultánsként segítsen azoknak a szakembereknek a munkáját, akik a nem terápiás célú önkísérletezés komplikációval járó eseteit kezelték. Ennek kapcsán közeli tapasztalatot szerezhettem az amerikai ellenkultúra szerhasználati mintáiról is. E tapasztalatok fontos felismerések forrásává váltak, és egyértelműen jelezték, milyen rendkívüli fontossággal bír a set az LSD-élmény jellegének meghatározásában.

A set egyes aspektusai meglehetősen nyilvánvalóak. Könnyű belátni, hogy az előkészítő szakaszban alkalmazott programozás, valamint az ülés levezetése során használt technikák, kellékek és kiegészítők mind befolyással lehetnek az LSD-élményre. Vannak azonban a setnek olyan elemei is, amelyek fölött a múltban többnyire átsiklott a kutatók figyelme, mivel ezek jóval finomabbak és nehezebben beazonosíthatók. Ilyen például az alany és a kísérő közti verbális kommunikáció megléte vagy hiánya. Ha a pszichedelikus ülésen

az alany vagy a terapeuta a szükségesnél többször szólal meg, az rendszerint felszínesebbé teszi az ülést, és rontja az önkutatás hatékonyságát. Ha az ülésen folyamatos párbeszéd zajlik az alany és a kísérő között, akkor e párbeszéd jellege döntően befolyásolhatja az ülés alakulását. Különösen igaz ez a terapeuta által feltett kérdésekre és azok megfogalmazásának módjára. A kísérő azzal, hogy az alanyhoz fordul, folyamatosan megerősíti és újradefiniálja azt a setet, amely az ülés előkészítő szakaszában kialakításra került. A kérdések alkalmas megfogalmazása révén ráirányíthatja az alany figyelmét élményei multidimenzionális és több jelentéssel bíró tartalmának egyes aspektusaira. Szélsőséges esetben egy jól irányzott kérdés teljesen új irányba terelheti az élményt, módosítva annak tartalmát és lefolyását is.

Az LSD-ülések *deskriptív* megközelítésénél, amikor a kutatók a szer hatását fenomenológiai szempontból próbálják megragadni, az alanyokat arra bátorítják, hogy élményeik formális és felületes aspektusaira koncentráljanak. Az érdeklődés középpontjában olyan dolgok állnak, mint a fellépő fizikai tünetek jellege, az érzelmi változások iránya, a perceptuális változások minősége, illetve a pszichomotoros izgatottság vagy gátlás nagysága. A kísérlet vezetője tudni szeretné, hogy az alany látása éles-e vagy homályos, a tárgyak, amelyeket lát, stabilnak tűnnek-e vagy hullámoznak, a víziók geometrikus vagy inkább figuratív természetűek, a hallás a szokásosnál pontosabb vagy kevésbé pontos, illetve vannak-e szinesztéziák az érzékelésben. Ilyen körülmények között az alany meglehetősen személytelen módon viszonyul saját LSD-élményéhez, nagyjából úgy, mintha egy moziban ülne és egy érdekes filmet bámulna. A kísérlet vezetője az ülés során felmerülő jelenségeket kivétel nélkül az LSD és az agyi folyamatok közötti kémiai interakciókkal magyarázza, az alany szerepe pusztán e változások megfigyelésére és közvetítésére korlátozódik. Ha az ülés során az alanyban erőteljes érzelmek merülnének fel, a kutatók ezeket sem az illető személyiségének megnyilvánulásaként, hanem a szer kémiai hatásaként értelmezik, így nem is szentelnek nekik különösebb figyelmet. Azokon az üléseken, amelyeken az elsődleges cél az LSD-kiváltotta állapotok pszichopatológiai leírása, a releváns dinamikus anyag rendre elkerüli a kutatók figyelmét, vagy ha mégis felfigyelnek rá, soha nem foglalkoznak vele mélyebben. Ennél a megközelítésnél a setet újradefiniáló tipikus kérdések a következők: "Izzad?", "Nem remeg a keze?", "Szédül?", "Nem látja a színeket másképpen, mint általában?", "Nincsenek furcsa érzései a testében?" A korai LSD-kísérleteken készült feljegyzések és az akkoriban használt kérdőívek tele vannak ilyen kérdésekkel.

A "*modell-pszichózis*"-megközelítés égisze alatt folytatott LSD-kutatásokat az erőteljes negatív programozás jellemezte. Az LSD-élményt "kísérleti pszichózisként", a pszichedelikus szereket pedig "hallucinogénként", "pszichotomimetikumként" vagy "pszichodiszleptikumként" aposztrofálták. Az alanyok ennek megfelelően olyan, szkizofréniához hasonló tünetekre számítottak, mint a paranoid érzések, a pánik, a szorongás, az affektus és a gondolatok disszociációja, különféle percepciószavarok, a környezet félreértelmezése vagy az ego dezorganizációja és fragmentációja. Saját élményeikből szintúgy a fentiekhez hasonló patológiás jelenségeket emelték ki. A mentálhigiénés szakemberek didaktikus LSD-ülésein különösen gyakori volt a pszichopatológiai megközelítés használata. A szer hatása alatt a szakemberek arra törekedtek, hogy saját élményükben beazonosítsák és diagnosztizálják a különféle percepciószavarokat, abnormális tudati folyamatokat vagy szokatlan érzelmi minőségeket, ezeket felcímkézzék a megfelelő klinikai terminusokkal, majd összehasonlítsák őket a szkizofrén betegeknek megfigyelhető rendellenességekkel.

Néhány példa az e megközelítésre jellemző kérdésekre: "Van valamilyen vizuális vagy akusztikus hallucinációja?", "Az érzelmi összhangban állnak a gondolataival és a vízióival?", "Nem tapasztal furcsa érzést vagy bizarr elváltozást a testképben?", "Mennyiben hasonlít a tudatállapota a szkizofréniához?", "Szert tett valamilyen meglátásra a pszichotikus folyamat természetét illetően?"

Azokon az üléseken, ahol az *esztétikai élményre* és a *művészi inspirációra* helyezik a hangsúlyt, az alanyok érdeklődésének középpontjában a formák, színek és hangok percepciójának módosulásai állnak. Figyelmüket olyan jelenségek kötik le, mint a vizuális térben megjelenő geometriai formák bonyolultsága, az optikai illúziók dinamikája vagy a szinesztéziák gazdagsága. Gyakran vonnak párhuzamot élményeik és különféle modern művészeti mozgalmak vagy konkrét művészek munkássága között, ebben a kontextusban különösen gyakran merül fel az absztrakcionizmus, az impresszionizmus, a kubizmus, a szürrealizmus, a szuperrealizmus és a konkrét zene. Az esztétikai irányultságú ülések másik tipikus jellemzője a pszichedelikus élmények művészi kifejezésével kapcsolatos technikai problémák és nehézségek elemzése. Egy ilyen ülés vezetője az alábbi kérdéseket teheti fel: "Hasonlítanak a látomásaid valamely ismert művész munkáihoz?", "Melyek az uralkodó színek?", "A látomásaid geometrikus vagy inkább figuratív jellegűek-e?", "Milyen anyag és technika lenne a legalkalmasabb arra, hogy kifejezd, amit átélsz?", "Ez a kép a látomásodról készült vagy automatikus rajz?", "Mi a helyzet a koordinációddal?", "Nehéz a festésre

koncentrálni?", "A zene, amit belül hallasz, emlékeztet valamilyen általad ismert műre?", "Ha meg kéne komponálnod ezt a zenét, milyen hangszert használnál?", "Látod már a modern művészet mélyebb jelentését?"

A *pszicholitikus orientációjú pszichoterápiás üléseken* a páciens arra bátorítják, hogy az LSD-kiváltotta tudatállapotot önmaga megismerésére és érzelmi problémái dinamikus megértésére használja fel. Az ülés során felmerülő jelenségeket a páciens tudattalan folyamatait jelképező komplex szimbolikus alakzatokként értelmezik, és jelentésük megfejtése révén próbálják a pszichopatológias tüneteket visszakövetni azok eredeti forrásához. A pszichodinamikus setet újradefiniáló interakciót példázzák a következő kérdések és utasítások: "Próbálja megérteni, miért éli át éppen ezt az élményt!", "Mit gondol, mi a jelentése?", "Amit átél, emlékezteti valamire a múltból?", "Próbálja meg az agresszív érzéseket az eredeti tárgyhoz kapcsolni!", "Honnan ered a félelem? Kövesse vissza a forrásáig!", "Mit gondol, miért lát engem épp ebben az alakban? Lehet, hogy ennek mélyebb, szimbolikus jelentése is van?", "Van valamilyen asszociációja vagy emléke, ami ehhez a látomáshoz kapcsolódik?"

Ha a pszichedelikus ülés elsődleges célja a *vallásos vagy misztikus élmény* kiváltása, akkor a vezető nem igazán törődik a felmerülő élmények leírásával, a pszichopatológias jelenségek megfigyelésével vagy a személyes traumák feldolgozásával. Az esztétikai élmények fontosak, de a fő hangsúly a szupraindividuális, transzperszonális és transzcendentális élményeken van. Nagyrészt ez a megközelítés jellemzi a *pszichedelikus terápiát* is. Ha az ülés célja a pszichedelikus csúcserő elérése, akkor a vezető igyekszik a minimálisra szorítani a verbális interakciót. Ha valamiért mégis sor kerül rá, akkor rendszerint nem kérdések, hanem rövid útmutatások formáját ölti, például: "Ne félj a haláltól, ez nem az igazi halál. Amint elfogadod a halált, belépsz az újjászületésbe...", "Nem, ez nem a megsemmisülés - ez a felolvadás, szétolvadás az univerzumban...", "Menj a zenével, hagyd, hogy vigyen, merülj el benne, maradj vele, próbálj vele eggyé válni...", "Ne küzdj az élmény ellen, hagyd, hogy csinálja, amit akar; menj vele, próbáld teljesen átadni magad annak, ami történik...", "Később még gondolkodhatunk és beszélhetünk erről, de most próbálj meg teljesen jelen lenni abban, ami történik! Légy önmagad, egyszerűen csak: légy!"

A SETTING FONTOSSÁGA

Az LSD-vel folytatott klinikai munkám során számos megfigyelés tanúsította, hogy a setting fizikai és interperszonális elemei szintén jelentős befolyással lehetnek az LSD-élmény alakulására. A külső ingerek hatására fellépő reakciókat sokszor az alany személyiségében megbúvó dinamikus vezérlő rendszerek és a környezeti hatások között kialakuló kétirányú, komplex interakciókra vezethetjük vissza. Ha a setting egyes elemei hasonlóságot mutatnak valamely pozitív sűrítettélmény-rendszer komponenseivel, akkor ezek az alanyból kellemes, sőt, eksztatikus élményt hívhatnak elő. Mivel a pozitív élményrendszerekkel való tapasztalati kapcsolatnak erős gyógyító potenciálja és magas terápiás értéke van, célszerű, ha a settinget is ilyen minőségű elemekből építjük fel. Ennek az alapelvnek a felfedezése és gyakorlati alkalmazása az LSD-pszichoterápia pszichedelikus irányzatához kötődik.

Az LSD-ülések helyszínéül csendes, kényelmes és ízlésesen dekorált helyiséget válasszunk, amely berendezésével egy otthon atmoszféráját sugallja. Figyelmet kell fordítani a kelmék, anyagok és szövetek kiválasztására, valamint a képek és a virágok elrendezésére. A gyönyörű természeti tájakat ábrázoló képek és a természet kreativitását tükröző tárgyak rendszerint igen pozitív hatással vannak az LSD-alanyok élményeire. Ez nem meglepő, ha figyelembe vesszük, hogy a természettel kapcsolatos látomások az első perinatális mátrix szimbolikájának is szerves részét alkotják. A szép természeti környezetbe tett kirándulások és elvonulások emlékei a pozitív sűrítettélmény-rendszereknek is gyakori komponensei. Az eddigi tapasztalatok alapján úgy tűnik, hogy a pszichedelikus terápia jövőbeli intézményeit a természetben lesz célszerű létrehozni: hegyi tavak mellett, óceán partján, kis szigeteken, sivatagokban, erdőkben vagy régi parkokban. A tiszta víz - annak bármilyen formájában - különösen mély hatással van az LSD-alanyokra: az úszás, a tusolás vagy egy jó fürdő gyakran elűzi a negatív élményeket és elősegíti az eksztatikus visszatérést. A magas esztétikai értékkel bíró zene szintén fontos eleme az ülés settingjének.

Ha a setting egyes elemei vagy az alanyt érő ingerek a negatív sűrítettélmény-rendszerekre emlékeztetnek, az gyakran vezet kellemetlen LSD-élményhez. Extrém példaként képzeljünk magunk elé egy szűk, ronda, klausztrofób érzést keltő, ízléstelenül berendezett kezelőszobát, amelynek ablakából gyárakra, ipari területekre, roncstelepekre vagy gyárkérményekre nyílik a kilátás. A kiabálás, a kellemetlen zene, a gépzaj, a mentőautó-sziréna, az elhúzó repülőgépek hangja és más interferenciák fölöttebb zavaró hatással lehetnek a pszichedelikus élményre. Hasonló okból kerülendő, hogy az ülés settingje egy kórházra, orvosi

rendelőre vagy laboratóriumra emlékeztesse az alanyt. A sűrítettélmény-rendszerek és a perinatális mátrixok dinamikája miatt a fehér csempék, orvosságos szekrények, fehér köpenyek, fecskendők, gyógyszeres fiolák és általában a steril körülmények betegséggel, operációval, balesettel, fájdalommal, szenvedéssel és halállal kapcsolatos élményeket hoznak elő. A pszichiátriai intézményekre emlékeztető atmoszféra szintén nem ajánlatos, mert börtönnel, koncentrációs táborral vagy katonai barakkal kapcsolatos élményeket válthat ki.

Az ülés settingjének interperszonális elemei szintén jelentősen befolyásolhatják az LSD-élményt. Ebből a szempontból az tekinthető optimálisnak, ha az ülésen kis számú, az alany által jól ismert személy van jelen, akikben az alany feltétel nélkül megbízik. Egy ilyen setting az esetek többségében igen kedvező hatással van az ülés lefolyására. Mint azt később részleteseen is tárgyaljuk, vezetői oldalról a tökéletes felállásnak a férfi és a női elemet kombináló terápiás diád tűnik. Ha az interperszonális szituáció az ülés során gyakran változik - a helyszínen időről-időre az alany számára ismeretlen emberek jelennek meg és tűnnek el -, akkor ez könnyen negatív irányba terelheti az ülés alakulását. Ez jellemzi például a partikon zajló LSD-élményeket, de néha még egyetemi kórházakban is előfordul, hogy az ülést orvostanhallgatók zavarják meg: megjelennek, rövid ideig figyelik az alanyt, viccelődnek, oda nem illő megjegyzéseket tesznek, majd elhagyják a helyszínt. Hasonló problémához vezethetnek azok a kísérleti settingek is, amelyekben az alany tesztek sorozatának vetik alá: drótokat és különféle eszközöket aggatnak rá, laboratóriumi vizsgálatokat végeznek rajta, megkérlik, hogy vizeljen edényekbe vagy óránként vesznek tőle vért.

Mint már említettük, a környezetből származó fizikai ingerek igen drámai módon befolyásolhatják az ülés alakulását, különösen, ha hasonlóságot mutatnak a terápiás folyamatban épp aktiválásra kerülő sűrítettélmény-rendszer vagy perinatális mátrix elemeivel. Ez a megállapítás a véletlenszerű hangokra is igaz: kutya-ugatás, elhaladó repülőgép zúgása, tűzijáték-robbanás, egy gyár működésének hangjai, az elhaladó mentőautó szirénája vagy egy rádióból elhangzó dallam mind hordozhat olyan, az alany számára specifikus önéletrajzi jelentést, amely váratlan reakcióhoz vezethet. Néha a kezelőszoba kialakítása, egyes bútordarabok, triviálisnak tűnő tárgyak vagy a kilátás sajátosságai válnak a mélyben lappangó élmények erőteljes, szelektív triggeréivé.

Az emberek, akikkel az alany ülése során kapcsolatba kerül, szintén beindíthatnak hasonló reakciókat. Többször tanúi voltunk annak, hogy bizonyos kórházi nővérek megjelenése egyes betegeknél drámai reakciót váltott ki, például erőteljes rázkódást, hányással kísért rosszulletet, intenzív fejfájást, a színek látómezőből történő eltűnését vagy egy adott szín hallucinációit. Pozitív reakcióra szintén volt példa: az alanyok hirtelen fényt láttak, eksztatikus hangulatba kerültek, megnyugodtak, vagy ellepte őket az érzelmi kielégültség érzése. Néha a beteg élményében a műszakváltás jelentette a fordulópontot: amint a nővérek új csoportja lépett a páciens tapasztalati terébe, az ülés teljes karaktere megváltozott. Bizonyos nővérek mellett a páciensek biztonságban és védettségben érezték magukat, így jobbára pozitív élményeket éltek át. Más nővérek társaságában ugyanezek az alanyok, ugyanazon a napon szorongóvá, barátságtalanná és gyanakvóvá váltak. Ez a különbség az esetek zömében egyedinek bizonyult: csak egy bizonyos beteg és nővér kapcsolatában fordult elő. Arra nem volt példa, hogy valamelyik nővér - kizárólag a személyiségénél fogva - a páciensek mindegyikére konzisztens pozitív vagy negatív hatással lett volna.

A későbbi elemzés rendszerint magyarázatot adott a beteg nővérrel szembeni viselkedésére. Esetenként a nővér külseje, viselkedési mintái, szokásai vagy a beteghez való viszonyulásának módja idézte fel az alanyban múltjának valamely releváns alakját. Az is előfordult, hogy a nővér irányában megnyilvánuló attitűd annak az interperszonális kategóriának szólt, amelybe a páciens a nővért helyezte - tekinthette őt lehetséges szexuális partnernek, veszélyes csábítóknak, riválisnak, anyáskodó személynek, megértő hallgatóságnak, autoriter személyiségnek vagy a felettes én megnyilvánulásának.

Ha sikeres LSD-terápiát szeretnénk folytatni, akkor világosan kell látnunk a set és a setting jelentőségét. Ezek a tényezők - ha tisztán megértettük őket - a terápiás folyamat erőteljes katalizátorává válnak, ahelyett, hogy rapszodikus, kiszámíthatatlan módon befolyásolnák az ülés alakulását.

JEGYZETEK

1. Az LSD-élmények többszintű és többszörösen determinált struktúrájáról az érdeklődő olvasó bővebb információt talál e könyvsorozat első kötetében (Stanislaw Grof: *Az emberi tudattalan birodalma*). (32)
2. Az e könyvben vázolt pszichedelikus térképet érdemes összevetni Masters és Houston úttörő szerepet játszó, *A pszichedelikus élmény fajtái* (65) c. könyvében ismertetett négy szinttel vagy lépcsőfokkal. Masters és Houston az

alábbi szinteket különböztetik meg: (1) szenzoros szint (eidetikus képek és más perceptuális változások, megváltozott testkép, idő- és térbeli torzulások), (2) rekollektív-analitikus szint (a múltban lejátszódott fontos érzelmi élmények újraélése, személyes problémákkal, kapcsolati konfliktusokkal, életcélokkal való szembesülés), (3) szimbolikus szint (történelmi, legendás, mitológiai, ritualisztikus és archetipusos képek), (4) integrált szint (vallásos megvilágosodás, misztikus egység, pszichológiai integráció). A két térképen az első két szint lényegében megfeleltethető egymásnak. A szerzők nem említik külön a halál-újászületés folyamatának szintjét, amely az itt ismertetett modellben fontos szerepet kap. A szimbolikusként és integráltként jellemzett szintek az általam felállított modellben a transzperszonális élményeknek felelnek meg.

3. A sűrítettélmény-rendszerek és az LSD-ülések dinamikája között fennálló összefüggéseket itt csak vázlatosan érintjük. Az érdeklődő olvasó a téma részletes, klinikai példákkal illusztrált áttekintését találja *Az emberi tudattalan birodalma* (32) c. könyvben. További információforrásként szolgálhat Hanscarl Leuner *Die experimentelle Psychose* (A kísérleti pszichózisokról) (57) c. munkája, az ő "*transzfenomenális dinamikus rendszerekről*" alkotott elképzelése közeli rokonságban áll a sűrítettélmény-rendszerek fogalmával. C. G. Jung (43) "*komplexumra*" adott definíciója szintén e problématerület egyik megközelítésének tekinthető.

4. Feltűnő párhuzam mutatkozik a pszichedelikus terápia e megfigyelése, valamint Abraham Maslow (64) meta-értékekről és meta-motivációkról alkotott elképzelései között, amelyeket a szerhasználat kontextusán kívül, a spontán bekövetkező csúcserőművek kutatása során fogalmazott meg.

5. A korai évek terápiás elképzeléseit jól példázza dr. van Rhijn (2) holland pszichiáter megközelítése, aki egy LSD-konferencián előadást tartott arról, miként képzele a jövő pszichiátriai intézményeit. Vízója szerint egy ilyen intézmény kis kezelőcellák rendszere lenne, ahol a páciensek egyedül töltenék napjaikat, és LSD segítségével dolgoznák át magukat a különféle érzelmi problémákon.

6. Az érdeklődő olvasó első könyvben (*Az emberi tudattalan birodalma*) (32) jó példát talál egy olyan LSD-ülésre, amelyet teljes egészében az áttételes aspektusok uraltak (lásd Charlotte esetét).

7. Ezekre az illuzórikus transzformációkra számos példával szolgál Charlotte LSD-ülésének leírása, amelyet első könyvben találhatnak: *Az emberi tudattalan birodalma*. (32)

8. Az érdeklődő olvasó Renátáról sűrített esettanulmányt olvashat *Az emberi tudattalan birodalma* c. könyvben. (32)

3 AZ LSD-TERÁPIA PSZICHOLOGIKUS ÉS PSZICHEDELIKUS IRÁNYZATA: ÚTON EGY INTEGRÁLT MEGKÖZELÍTÉS FELÉ

Kutatás az LSD-pszichoterápia hatékony technikái után

A pszichológus terápia előnyei és hátrányai

A pszichedelikus terápia előnyei és hátrányai

KUTATÁS AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA HATÉKONY TECHNIKÁI UTÁN

Ha megszereztem és átfogó képet kéne adnom arról a technikáról, amelyet a prágai kutatásaimban alkalmaztam, nem lenne könnyű dolgom. Amikor ez a kutatás elkezdődött, még nagyon keveset tudtam az LSD-ről és a szer terápiai potenciáljáról. A kezdeti célom az volt, hogy kiderítsem, alkalmas eszköz lehet-e az LSD a személyiségdiagnosztikában és az érzelmi zavarok kezelésében. A munka kezdeti fázisaiban a pszichoterápiás folyamat hagyományos szemléletén alapuló terápiát folytattam, és ezt kombináltam az LSD-kiváltotta klinikai jelenségek új, addig ismeretlen világában tett első, tájékozódó lépésekkel. Az alkalmazott terápiai technika így állandó fejlesztésen és módosításon ment keresztül, ami növekvő klinikai tapasztalatomat, az LSD hatásának mélyebb megértését, valamint a különféle eseti megfigyelések nyomán támadt ötleteimet tükrözte. Az alábbiakban rövid összefoglalást nyújtok az új terápiai technika kifejlesztésének főbb állomásairól.

A pszichiátriai betegekkel folytatott első LSD-ülések vezetési stratégiájának - lelkes és meggyőződéses pszichoanalitikusként - a klasszikus freudi felállást választottam. Ekkoriban még nem voltak kétségeim a pszichoanalízis elméleti rendszerének és terápiai technikájának általános érvényességét illetően. Szándékom az volt, hogy megállapítsam, az LSD használata révén nem lehetne-e felerősíteni vagy felgyorsítani a pszichoanalízis folyamatát, amelyet bár intellektuálisan lenyűgözőnek, a gyakorlatban mégis fájdalmasan alacsony hatékonyságúnak találtam. Abban reménykedtem, hogy az LSD használatával jobb eredmény érhető el, mint a klasszikus analízissel, ami az évekig húzódnó intenzív munkát, valamint a folyamatba befektetett témérdek időt és energiát viszonylag szerény eredménnyel honorálja. Az LSD-vel folytatott kutatómunkám során adódó mindennapos klinikai megfigyelések azonban nemsokára arra készítettek, hogy drasztikusan eltávolodjak nemcsak a freudi terápiai technikától, de annak elméleti rendszerétől és filozófiai alapjától is.

Az első terápiai célú LSD-üléseken a páciens - a klasszikus freudi felállásnak megfelelően - egy kanapén feküdt, én pedig egy karosszékbe telepedtem, amelyet a kanapé fejéhez húztam, hogy a beteg ne láthasson rám közvetlenül. Arra számítottam, hogy a betegek folyamatos beszámolókkal fognak ellátni LSD-élményeik alakulásáról, amelyhez én alkalmanként interpretációval szolgálhatok. Az ülések során azonban hamar nyilvánvalóvá vált, hogy ez az elrendezés teljességgel alkalmatlan az LSD-pszichoterápia számára, így néhány ülés után fel is hagytam vele. Egyre inkább úgy tűnt, hogy az LSD-élmény és a rajta keresztül kibontakozó terápiai folyamat eredményes megközelítéséhez a freudi technikánál jóval humánusabb megközelítésre, a beteg őszinte támogatására és a terapeuta személyes bevonódására van szükség. Ennek első lépése az volt, hogy széket közelebb húztam a kanapé oldalához, de később egyre gyakrabban el is hagytam azt, és átültem a kanapé oldalára, ahol közvetlen fizikai kontaktusba kerülhettem a beteggel. Megfogtam a kezét, simogattam, ringattam, de ha a helyzet úgy kívánta, olyan technikákat is bevettem, mint a mély masszáz, a különféle bioenergetikai manőverek vagy a páciens tudatában zajló küzdelem pszichodramai megjelenítésében való aktív részvétel. Nem volt könnyű dolgom, amíg a független megfigyelő státuszától eljutottam a terápiai folyamatban való közvetlen részvételig. Analitikusi képzettségem miatt az új terápiai elemeket csak óvatosan, lépésről-lépésre vezettem be, és állandó kételyek gyötörték változtatásaim úttörő jellege miatt. Amikor az alanyok LSD-üléseiken rendkívüli érzelmi megpróbáltatásokon mentek keresztül, vagy a korai csecsemőkor egyes periódusaiba regresszáltak, nehezemre esett volna megtagadni tőlük a mély emberi támogatást. Az újításokkal kapcsolatos kétségeim persze komikusnak tűnhetnek ma, a személyiségfejlesztő központok, az encounter csoportok, az érzékenységtréning, a neoreichianus terápiaiak és a nudista maratonok korában. Akkoriban viszont más idők

jártak: a betegek érintésére vonatkozó freudi tabut döntőterő terápiais próbálkozásaim idején olyan előadásokra jártam, amelyeken az előadó komoly hangon elemezte, milyen veszélyekkel járhat az áttétel és a viszont-áttétel folyamatára nézve, ha a pácienssel kezert fogunk. A terápiais technika másik fontos módosítása az volt, hogy a hagyományos analízisre jellemző extenzív verbális interakciót lassan felváltotta az élmények internalizálása, ennek kapcsán minimálisra szorítottam a beszédet, továbbá bevezettem a szemkendő, a fejhallgató és a zene használatát.

A terápiais technikához fogható átalakuláson ment keresztül az az elméleti rendszer és paradigma is, amelyre saját pszichoterápiais gyakorlatomat építettem. A pszichedelikus üléseken tett megfigyelések komoly kételyt ébresztettek bennem a tudomány számos, széles körben elfogadott előfeltevéset illetően, és arra utaltak, hogy újra kéne tárgyalnunk az olyan kérdéseket, mint a tudattalan szerkezete és működése, az emlékezés mechanizmusai, a tudat eredete, a mentális egészség és betegség definíciója, a terápia céljai és értékrendje, a pszichoterápia filozófiai háttere és stratégiája, valamint a valóság és az emberi lény eredendő természete. A pszichedelikus terápia megfigyelései közül itt csak azokat tárgyaljuk, amelyek témánk szempontjából közvetlen relevanciával bírnak. A pszichedelikus kutatásból származó ontológiai és kozmológiai meglátásokat egy későbbi kötetben fogom összefoglalni.

Napjainkban egyre több pszichológus és pszichiáter fedezi fel az ősi spirituális rendszereket, és próbálja ezek bölcsességét a napi gyakorlatba beépíteni. A pszichológia transzperszonális irányzata széles körű ismertségre tett szert, és népszerűsége egyre növekszik. A ma élő szakemberek csak nehezen tudják elképzelni, milyen nehézségekbe ütköztünk az ötvenes évek végén és a hatvanas évek elején, amikor freudi alapon próbáltunk LSD-terápiát folytatni. Az általunk vezetett pszichedelikus üléseken napi rendszerességgel fordultak elő olyan új és meglepő jelenségek, mint a halál és az újjászületés élménye, a magzati, ancesztrális, faji és filogenetikus emlékek, az állatok és növények tudatossága, vagy az elmúlt inkarnációk emlékei. E szokatlan élmények némelyike mélyebb terápiais változást hozott, mint az életrajzi anyag feltárására irányuló analitikus munka. A szokatlan jelenségekről szóló első beszámolókat a szakmai közönség meglehetősen hitetlenkedéssel fogadta; a szakemberek némelyike még a kutatók racionalitását és szakmai alkalmasságát is kétségbe vonta, így hamar rájöttünk, hogy jobban tesszük, ha jelentéseinkből kicenzúrázzuk a szélsőséges tapasztalatokról szóló részeket. Bár az azóta eltelt húsz év során a szakma jóval nyitottabbá vált e jelenségek elfogadására, még mindig hiányzik a megfigyelésekre kielégítő magyarázatot adó, átfogó elméleti rendszer.

Történeti szempontból érdekes lenne leírnom a korai klinikai kutatások során átélt kalandjaimat, de ennek nem lenne túl sok gyakorlati haszna. Ehelyett inkább a végeredményre koncentrálok: a hosszú évek során kikristályosodott, többé-kevésbé sztenderdnek tekinthető terápiais technikára. Saját tapasztalataim azt mutatják, hogy ez az eljárás minimálisra csökkenti a pszichedelikus folyamat kockázatát, ugyanakkor maximalizálja az elérhető hasznot; segítségével az LSD-pszichoterápia a kezelés és a személyiségváltozás erőteljes, hatékony és relatíve biztonságos útjává válik.

Ezen a ponton célszerű áttekintést adni az LSD terápiais felhasználása során alkalmazott főbb technikákról, valamint jelezni az egyes megközelítések előnyeit és hátrányait. Egy ilyen áttekintés hozzásegíti az olvasót, hogy világosan lássa a későbbiekben részletesen bemutatott eljárás elméleti alapjait. Az LSD-pszichoterápiának eddig négy, a gyakorlatban is jól használható megközelítése alakult ki: a pszicholitikus, a pszichedelikus, az anaklitikus és a hipnodelikus terápia. Az egyes irányzatok alapjául szolgáló elképzelésekkel és technikákkal a könyv egy korábbi fejezetében már részletesen foglalkoztunk. Ha az egyes módszereket azok gyakorlati értéke szerint rangsoroljuk, akkor az utolsó helyre a hipnodelikus terápia kerül. Ez meglehetősen specializált kezelés, amelynek megértéséhez előbb alaposan meg kéne ismerkednünk a hipnózis elméleti és gyakorlati hátterével. Ezt az eljárást a múltban csak néhány kutató alkalmazta, és valószínűleg a jövőben sem fog tömegesen elterjedni. Az anaklitikus terápia eredeti, fúziós technikára épülő változatával hasonlóan ritkán találkozunk, bár e módszer mérsékeltbb variánsait több LSD-terapeuta is beépítette a praxisába. A fejezet hátralevő részében a két legértékesebbnek bizonyult megközelítés, a pszicholitikus és a pszichedelikus terápia tárgyalására szorítkozunk.

Első közelítésben a pszicholitikus és a pszichedelikus terápia mind elméleti, mind gyakorlati szempontból jelentős különbségeket mutat. Érzékelvén a két módszer és azok filozófiai háttere között tátongó, áthidalhatatlannak tűnő szakadékot, a terapeuták többsége választásra kényszerült, és vagy a pszicholitikus, vagy a pszichedelikus irányzat mellett kötelezte el magát. Csak kevés kutató érezte mindkét megközelítést a magáénak és tudta ezeket praxisában felváltva alkalmazni. A két irányzat dichotómiája némiképp meglepő, ha figyelembe vesszük, hogy mindkét megközelítés ugyanannak a kémiai vegyületnek a használatára épül, mindkettő érzelmi zavaroktól szenvedő emberi lényekkel dolgozik, és a célkitűzés is közös: terápiais segítséget nyújtani a betegek számára. Bár az olyan extrafarmakológiai tényezők, mint a

terapeuta személyisége vagy a set és a setting fontos szerepet játszanak az LSD-élmény alakulásában, ettől még logikusnak tűnik a feltételezés, hogy a pszicholitikusan és pszichedelikusan orientált terapeuták által észlelt jelenségek egyazon kontinuum részét alkotják, és szoros kapcsolatban vannak egymással. Valószínűsíthető, hogy a két módszer közti különbségek nem az élmények jellegéből adódnak, hanem abból, hogy az egyes élményelemek eltérő gyakorisággal fordulnak elő a pszicholitikus és a pszichedelikus üléseken. Ez pedig nagyrészt a terapeuta irányultságának függvénye: a pszichedelikus és a pszicholitikus irányzat képviselői más-más jelenségeket tartanak fontosnak és kihangsúlyozandónak, illetve érdektelennek és háttérbe szorítandónak.

Jól ismert, hogy a pszicholitikus terapeuták klinikai gyakorlatuk során gyakran találkoznak transzperszonális jelenségekkel. Ezeket azonban rendszerint a páciens elkerülő manővereként értelmezik, amellyel a fontos, traumatikus gyermekkori anyag felmerülését próbálja megakadályozni, vagy úgy tekintenek rájuk, mint az LSD nemkívánatos, "pszichotikus" mellékhatására.¹ A pszicholitikus rendszerben ignorálják a transzperszonális élményeket, nem ismerik fel azok terápiás értékét, és implicit vagy explicit akadályt gördítenek az elé, hogy a páciens átlépjen a transzcendens állapotba. A pszicholitikus terápiában használt alacsony és közepes dózisok kedveznek ennek, mivel csökkentik a perinatális és transzperszonális élmények előfordulásának esélyét.

Ahogy a pszicholitikus kezelés során gyakori a transzperszonális állapot, úgy a pszichedelikus terápiában is sok páciens él át traumatikus gyermekkori emléket vagy konfrontálódik későbbi életrajzából származó, tisztán életrajzi jellegű anyaggal. A pszichedelikus terapeuták közül sokan annyira egyoldalúan hangsúlyozzák a transzcendencia, a misztikus és a vallásos élmények jelentőségét, hogy csak igen kevéssé értékelik, sőt néha nem is tolerálják a pszichodinamikus jelenségeket. A pszichedelikus terápia implicit vagy explicit üzenete, hogy a pszichodinamikus ülés alacsonyabb rendű annál, amelyen a páciens tisztán transzperszonális élményt él át. Ennek következtében az a páciens, aki ülésein főként az életrajzi anyaggal foglalkozik, ezt hajlamos a terápia kudarcának tekinteni. Ezt az attitűdöt sokszor a pszichedelikus terapeuta is osztja, még akkor is, ha az ülés során fontos életrajzi anyag került felderítésre és feldolgozásra.

Mint már említettem, saját szakmai fejlődésem során első kézből szerezhettem tapasztalatot a pszicholitikus, a pszichedelikus, valamint az anaklitikus terápiáról. Prágai munkámat ortodox pszichoanalitikusként kezdtem, és mindennapi gyakorlatomban a pszicholitikus terápia alapelveire támaszkodtam. Amikor az LSD-üléseken szerzett megfigyelések az eredeti terápiás orientációból értelmezhetetlennek bizonyultak, arra kényszerültem, hogy kilépjek a pszichoanalitikus elméleti rendszer szűkös korlátai közül, így jutottam el végül a halál-újjászületési folyamat, valamint a transzperszonális jelenségek gyakorlati és elméleti jelentőségének felismeréséig. 1964-es londoni tartózkodásom alatt megismerkedtem a Joyce Martin és Pauline McCririck által létrehozott anaklitikus irányzattal, amelyről a módszer megfigyelőjeként és terápiájuk alanyaként egyaránt közeli tapasztalatot szereztem. 1967-ben átköltöztem az Egyesült Államokba, ahol több éven át folytattam pszichedelikus terápiát a baltimore-i Maryland Pszichiátriai Kutatóközpontban. E munka során alkoholistákkal, heroinfüggőkkel, neurotikusokkal, mentálhigiénés szakemberekkel és haldokló rákos betegekkel dolgozhattam együtt.

Az LSD-konferenciákon, valamint az Európában, Egyesült Államokban és Kanadában lévő, LSD-terápiával foglalkozó intézményekbe tett látogatásaim során találkozhattam a pszicholitikus és a pszichedelikus irányzat számos gyakorló képviselőjével. Az e találkozások alkalmával folytatott beszélgetések, az LSD-re vonatkozó szakirodalom tanulmányozása, valamint saját klinikai tapasztalataim nyomán kialakult bennem a meggyőződés, hogy a pszichedelikus és a pszicholitikus terápia között érzékelhető különbség nem annyira áthidalhatatlan, mint azt sokan feltételezik. A két irányzat gyakorlatában felmerülő jelenségek közös nevezőre hozhatók, és ez lehetővé teszi az LSD-pszichoterápia átfogó, általános elméletének megalkotását. Az LSD-üléseken működő mechanizmusokat ebből a megközelítésből szemlélve kifejleszthető egy új, integrált kezelési eljárás, amely egyesíti a pszicholitikus és a pszichedelikus terápia előnyeit, miközben minimalizálja azok hátrányait.

A PSZICHOLOGIKUS TERÁPIA ELŐNYEI ÉS HÁTRÁNYAI

A pszicholitikus terápia megkérdőjelezhetetlen előnye a módszer heurisztikus értéke. A tudattalan egymást követő szintjeinek lassú kibontását egyes páciensek a régészeti ásatáshoz hasonlították, ahol a kutató rétegről-rétegre halad a múlt feltárásában. Mások úgy utaltak a folyamatra, mint "a tudattalan hagymájának

hámozására". A közepes dózisú LSD ismételt használata során feltárt tudattalan anyag páratlan mélységű betekintést nyújt az LSD-reakció természetébe, az emberi tudat működésébe és az érzelmi zavarok dinamikájába.

Az LSD-ülések ezen aspektusát a terapeuta mellett a tudományos, művészi vagy filozófiai irányultsággal rendelkező alanyok is jól hasznosíthatják. Ezek az egyének az LSD-vel végzett önfeltárás során értékes meglátásokhoz juthatnak az emberi természet, a művészetek, a filozófia, a történelem vagy a természettudományok területén. A pszicholitikus terápiával rendszerint jóval hosszabb ideig tart, mire a pszichedelikus terápiához hasonló eredményt érhetünk el. A terápiás folyamat relatíve lassú kibontakozása során az alany alaposan megismerheti tudatának azon területeit és mechanizmusait, amelyek révén a terápiás változás bekövetkezik. Ezt figyelembe véve azoknál a betegeknél, akik érdeklődést mutatnak saját problémáik gyökerei és a terápia folyamata iránt, érdemesebb lehet a pszicholitikus kezelést választani - feltéve, hogy a beteg problémája nem igényel sürgős beavatkozást. A pszicholitikus terápia - mivel nem korlátozza az ülések számát - bőséges teret kínál a betegnek arra, hogy egymás után átdolgozza magát élete fontos problémáin, és feloldja azokat. Ez éles ellentétben áll a pszichedelikus terápia "vaktában lövöldöző" megközelítésével, ahol mindent egyetlen (vagy kis számú), nagy dózisú LSD-ülésre tesznek fel.

A pszicholitikus terápiát - mivel széles körben ismert és elismert pszichoterápiás elveken nyugszik - könnyebben befogadják a szakma hagyományos irányzatainak képviselői és a tudományosan orientált szakemberek. Ezt a tényt az sem befolyásolja, hogy a pszichedelikus kutatás megfigyelései tisztán demonstrálják az általánosan elfogadott paradigma korlátait és revíziójának szükségességét.² Mivel a pszicholitikus terápiában a hangsúly a pszichodinamikus jelenségeken van, a kutatók könnyen megtehetik, hogy ignorálják a kihívást jelentő felfedezéseket, vagy megkérdőjelezzik azok jelentőségét.

A pszicholitikus terápia nyilvánvaló hátránya, hogy a pszichedelikus terápiánál jóval több időt igényel. Az irányzat egyik legjelentősebb képviselője, Hanscarl Leuner szerint a pszicholitikus terápia folyamata körülbelül harmadannyi időt vesz igénybe, mint a hagyományos pszichoanalízis. Bár ez kétségkívül előrelépésnek tekinthető, a terapeuta részéről még így is igen tetemes időráfordítást jelent. Leuner állítása saját klinikai gyakorlatán alapul; a pszichedelikus és a pszicholitikus terápia hatékonyságának tudományos igényű összehasonlítását még senki nem végezte el. Azok a próbálkozások, amelyek a két megközelítés hatékonyságát a rendelkezésünkre álló irodalom alapján próbálják összevetni, komoly nehézségekkel szembesülnek. Bár a különféle pszichoterápiás módszerek eredményességének értékelése önmagában sem egyszerű dolog, az LSD-terápia megítélésekor a kép még tovább bonyolódik.

A pszichedelikus terápiát a múltban főként alkoholistákon, drogfüggőkön és a haldoklás végső stádiumában járó rákbetegeken alkalmazták. A pszicholitikus terapeuták ezzel szemben olyan érzelmi zavarokra fókuszáltak, mint a pszichoneurózisok, a karakterzavarok vagy a pszichoszomatikus betegségek. Többen rámutattak, hogy a pszicholitikus terápia stabilabb és tartósabb eredményhez vezet, mert ennél a megközelítésnél a tudattalan anyagot alaposan átdolgozzák, szemben a pszichedelikus terápiával, ahol annak csak dinamikus eltolására vagy transzmodulációjára kerül sor. Ha kísérletet tennék a két eljárás összevetésére, a ráfordított idő mennyiségét tekintve egyértelműen a pszichedelikus terápia kerülne ki győztesen. Bennem az a benyomás alakult ki, hogy a pszichedelikus terápiára jellemző magas dózis használata, valamint az élmény internalizálása jelentősen elmélyíti az LSD hatását, és így a szer terápiás haszna is jóval nagyobb. Ugyanakkor korlátozottan érzem a pszichedelikus irányzat "minden vagy semmi" filozófiáját: szívesebben látnék egy nyitott szituációt, amelyben az alany élmények egész sorozatát élheti át, amennyiben ezt a terápiás folyamat alakulása indokolja. Mint már említettem, eddig nem végeztek semmilyen tudományos igényű, kontrollált vizsgálatot, amelynek alapján a két irányzat eredményességét összehasonlíthatnánk.

A konzervatívabb szakemberek számára lényeges szempont lehet, hogy a pszicholitikus terápiában - a relatíve nagyszámú ülés miatt - több LSD kerül a páciens szervezetébe. Bár az LSD biológiai veszélyeivel kapcsolatos híresztelések egyikét sem támasztja alá bizonyító erejű kutatás, bölcsen tesszük, ha a vegyületet továbbra is kísérleti anyagnak tekintjük, amelynek hosszú távú fiziológiás hatásait csak a jövő kutatásai fogják kétséget kizáróan tisztázni.

A pszicholitikus és a pszichedelikus terápia az általuk használt dózisban is különbözik: az előbbinél alacsony és közepes, az utóbbinál magas vagy nagyon magas dózist használnak. Meglepőnek tűnhet, de a két megközelítés közül - terápiás körülmények között - a nagy dózissal folytatott ülések a biztonságosabbak. Nincs kétség afelől, hogy nagy dózisú ülésen több probléma léphet fel, mint alacsony vagy közepes dózis használata esetén. A nagy dózissal jellemző hatások közé tartozik a pszichológiai védelmi mechanizmusok összeomlása, a mély tudattalanból származó anyag felszínre törése, valamint a helyzet feletti kontroll és a

valósággal való kapcsolat teljes elvesztése. Bár ezek a változások felügyelet nélkül folytatott önkísérlétnél komoly veszélyt hordoznak, tapasztalt terápiás csapat felügyelete mellett könnyedén kezelhetők. A magas dózisonak épp ezek a hatásai azok, amelyek - bár az ülés alatt nagyobb kockázattal járnak - hosszú távon a terápia pozitív kimenetelét segítik elő. Mivel a nagy dózisonak nehezebb ellenállni, az alany könnyebben átadja magát az élménynek, ami jelentősen elősegíti annak akadálytalan lefutását, és hozzájárul a megfelelő integráláshoz. Az alacsony és közepes dózis szintén alkalmas rá, hogy aktiválja és a felszín közelébe hozza a látens tudattalan anyagot, de mivel a szer hatása ilyenkor nem olyan elsöprő, az alany gátat vehet a folyamatnak, azaz elkerülheti a problémákkal való szembesülést és azok feldolgozását. Az ilyen ülést gyakran követi szélsőséges kimerültség és a lezáratlanság érzése, de előfordul kellemetlen érzelmi és pszichoszomatikus utóhatás, sőt hosszan tartó pszichés reakció is. Ha az alany érzelmi egyensúlya egy lezártan ülés folytán labilissá válik, előfordulhat, hogy az LSD-re jellemző hatás egy későbbi időpontban hirtelen és váratlan módon ismét felbukkan, ez a jelenség az ún. "flashback". A következő fejezetben részletesen ismertetem azokat az alapelveket és technikákat, amelyek használatával a pszichedelikus ülés biztonságosan levezethető. E módszerek alkalmazása révén elősegíthető az ülés megfelelő lezárása, továbbá jelentősen csökkenthető a hosszú távú reakciók és a flashback kialakulásának esélye.

A pszicholitikus terápia közepes LSD-dózisok bevitele mellett folytatott terápiás ülések sorozatát jelenti, ahol az ülések száma a megoldandó klinikai probléma természetétől függően tizenhat és nyolcvan közötti. Ennyi ülés alatt szinte biztosan előfordul, hogy helyenként beteljesületlen marad egy ideiglenesen aktivált tudattalan gestalt, és így hosszabban tartó reakció lép fel. A páciens klinikai állapota így drámai ingadozáson mehet keresztül, amelynek iránya egyaránt lehet pozitív és negatív. Amikor a beteg a tudattalan mélyén megbúvó, fontos konfliktusokhoz közelít, a terapeutának fel kell készülnie a tünetek átmeneti jelentős rosszabbodására, sőt akár a beteg dekompenzációjára is. Néha a tünetek akkor törnek elő ismét, amikor a beteg állapotában bekövetkezett jelentős javulást a terapeuta "a biztonság kedvéért" újabb ülésekkel próbálja megszilárdítani. Ezek a jelenségek a pszichedelikus terápiában lényegesen ritkábban fordulnak elő.

A pszicholitikus terápia során jelentősen erősödik az áttétel, ami egyrészt kivételes terápiás lehetőséget biztosít, másrészt nem elhanyagolható veszélyekkel jár együtt. Az áttétel - és annak elemzése - az LSD-vel támogatott és a hagyományos pszichoterápiában egyaránt fontos elméleti és gyakorlati probléma. Nincs kétség afelől, hogy a terápiás kapcsolat minőségének döntő hatása van az LSD-ülések lefolyására és kimenetelére. Az viszont már nem ilyen egyértelmű, hogy az áttétel kialakulása, illetve annak analízise valóban elengedhetetlen feltétele lenne a terápiás haladásnak. Ezt az állítást a klasszikus pszichoanalízis és a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia egyaránt axiómaként kezeli, pedig semmi nem zárja ki, hogy a terápiás változásnak más hatékony mechanizmusai is létezzenek. Az LSD-pszichoterápia megfigyelései arra utalnak, hogy a terápiás folyamat során kialakuló áttétel intenzitása egyenes arányban áll annak az ellenállásnak a nagyságával, amelyet az alany a tudattalan traumatikus anyag felmerülésével szemben tanúsít. Ennek következtében azt mondhatjuk, hogy az az LSD-terapeuta, aki túlzott hangsúlyt fektet az áttételes jelenségek azonosítására és analízisére, tulajdonképpen a beteg védelmi mechanizmusaival működik együtt. Az LSD-pszichoterápia során az áttételes problémák gyakran maguktól megoldódnak, mihamint az alany nyitottá válik a mélyben meghúzódó pszichodinamikus, perinatális vagy transzperszonális anyag feldolgozására.

A pszicholitikus terápia komoly hátránya, hogy a megfigyelt jelenségek értelmezésénél kizárólag a dinamikus pszichoterápia hagyományos elméletére támaszkodik. Ennek következtében az LSD-ülések során felmerülő élmények némelyike nem illeszthető be a modelljébe, holott e jelenségek közül egyesek - például a halál és az újjászületés folyamata, az inkarnációs emlékek, a különféle archetipusos jelenségek vagy a kozmikus egység élménye - kivételes terápiás potenciállal rendelkeznek. A kozmikus egység élménye - amely szoros kapcsolatban van a csecsemőnek az anyai mellen és a méhben átélt "óceáni" érzéseivel (de nem azonos azokkal) - ugyanolyan alapvetően járul hozzá az LSD-terápia sikeréhez, mint az anyával való szimbiotikus egység átélése az érzelmileg egészséges és stabil személyiség kialakulásához. A perinatális és transzperszonális jelenségek elvetésére, elnyomására vagy felületes értelmezésére irányuló tendencia azon túl, hogy korlátok közé szorítja az LSD-pszichoterápia terápiás potenciálját, gyakran a páciensben is felesleges zavart kelt.

A PSZICHEDELIKUS TERÁPIA ELŐNYEI ÉS HÁTRÁNYAI

A pszichedelikus terápiának elméleti és gyakorlati előnyei egyaránt vannak. Ha mindössze egyetlen ülésre van lehetőségünk, akkor a pszichedelikus terápia használatával lényegesen drámaibb és mélyrehatóbb változást érhetünk el, mint a pszicholitikus eljárással. A pszichedelikus terápiában használt módszerek felgyorsítják és elmélyítik a terápiás folyamatot, miközben hatékonyabbá és biztonságosabbá teszik azt. A pszichedelikus megközelítés képviselői felismerték az üléseken átélt pozitív élmények jelentőségét, amelyeket a pszicholitikus terápia többnyire rangjukon alul értékel, mivel pszichoanalitikus irányultsága folytán elsősorban a pszichopatológiára és a feltárandó traumákra összpontosít. A pszichedelikus terapeuták az emberben rejlő pozitív potenciál felszabadítására, valamint az ülések setjének és settingjének körültekintő, pozitív strukturálására törekszenek. Nagyrészt nekik köszönhető az a felfedezés, hogy az ülések lecsengő szakaszának körülményei döntő befolyással vannak a pszichedelikus élmény kimenetelére.

A pszichedelikus terápia hatékonyabb és biztonságosabb voltának több oka van. A nagy dózis használata, valamint az élmény internalizálása mély, intenzív, szabadon áramló ülést eredményez, amelynek során gyakrabban az érzelmi viharok, de nagyobb esély van a pozitív áttörésre is. Már egyetlen pszichedelikus ülés is drámai eredményhez vezethet, ha a betegnek sikerül áttörnie - vagy megkerülnie - a pszichodinamikus szintet alkotó rétegeket, és így hozzáfér a perinatális és transzperszonális szinteken működő erőteljes transzformációs mechanizmusokhoz. Ezt az áttörést nagyban elősegíti, hogy a pszichedelikus terápia teljes mértékben elismeri a transzperszonális valóságok létjogosultságát. A terápiás változást elősegítő másik fontos tényező, hogy a pszichedelikus terapeuták kellő figyelmet fordítanak az alany "visszatérésének" pozitív strukturálására.

A fenti tényezők megfelelő kombinációjával jó terápiás eredmény érhető el anélkül is, hogy a páciensnek explicit módon konfrontálnia kéne a pszichodinamikus szint problémás és konfliktusos területeivel - ami a pszicholitikus kezelés során elkerülhetetlenül megtörténne. Ilyen körülmények között jóval kisebb a klinikai állapot rosszabbodásának veszélye, még az érzelmileg súlyosan zavart pácienseknél is.

A pszichedelikus terápia további előnye, hogy kevesebb időt vesz igénybe, a folyamathoz összességében kevesebb LSD-re van szükség, és a kezelés során lényegesen alacsonyabb eséllyel alakulnak ki áttételes problémák. Ha ezeket az előnyöket mind mérlegre tesszük, a pszichedelikus eljárás egyértelműen jobbnak tűnhet a pszicholitikus megközelítésnél. Ezen a ponton kell tehát említést tennünk a pszichedelikus terápia elméleti és gyakorlati hiányosságairól, amelyeket egy integrált terápiás megközelítés kialakításánál mindenképpen figyelembe kell vennünk. A fontos és tisztázásra váró kérdések egyike a pszichedelikus terápia nyomában fellépő változásokkal kapcsolatos. Egyesek úgy tartják, hogy az ily módon elért klinikai javulás és drámai személyiségváltozás nem a mély dinamikus struktúrák gyökeres változásának, hanem a tudattalan erőik ideiglenes eltolódásának tudható be. E nézőpont képviselői úgy vélik, hogy a pszicholitikus terápia, amely lassan, kitartó türelemmel dolgozza fel a tudattalanban egymásra rétegződött konfliktusokat, végső soron tartósabb eredményhez vezet. Sajnos mindmáig nem állnak rendelkezésünkre összehasonlító vizsgálatok, amelyek egyértelműen eldöntenék a kérdést, miszerint a tartós terápiás változásnak szükséges előfeltétele-e, hogy az alany előbb átdolgozza magát a korai gyermekkor anyagán, és analízisnek vesse alá az áttéti szituáción keresztül felidézett eredeti traumákat. Az LSD-kutatások megfigyelései alapján úgy tűnik, hogy vannak más alternatívák is, de ezek - tudományos vizsgálat híján - egyelőre a klinikai benyomás szintjén maradnak.

A pszichedelikus terápiával kapcsolatos másik komoly probléma, hogy bármennyi figyelmet fordítunk is az LSD-ülés pozitív strukturálására, akkor sem tudjuk garantálni, hogy a terápia valamennyi alanya mély, transzformatív élményt éljen át. A Spring Grove Állami Kórházban végzett kutatásunk azt vizsgálta, milyen terápiás potenciálja lehet egyetlen pszichedelikus ülésnek különféle alanyoknál. A pszichedelikus csúcselmény gyakorisága a betegpopuláció összetételétől függően 25 és 78 százalék között változott - legritkábban a neurotikus pácienseknél, leggyakrabban pedig a kábítószerfüggőknél fordult elő.

Bár a pszichedelikus csúcselmény kétségtelenül fontos szerepet játszik a személyiség mély átalakulásában, a terápia enélkül is sikerre vihető. Sok olyan pácienssel is elérhető kisebb-nagyobb terápiás haladás, aki pszichedelikus ülésein nem éri el a tudat transzcendentális szintjeit. Sajnos nem ismerjük azokat a kritériumokat, amelyek alapján megjósolható lenne, hogy kinek lesz produktív és eredményes az ülése. Amíg ezeket a változókat nem látjuk elég világosan, addig a pszichedelikus terápiát kénytelenek vagyunk "vaktában lövöldöző" eljárásnak tekinteni.

A pszichedelikus terápiának - gyakorlati hátrányain túl - súlyos elméleti hiányosságai is vannak. Miközben a pszichedelikus megközelítés fölöttébb drámai terápiás változáshoz vezethet, az e változás háttérében működő mechanizmusokról szinte semmit sem tudunk. A pszichedelikus ülésekről származó megfigyelések számos területen vezettek új meglátásokhoz: bepillanthattunk a pozitív és negatív memóriarendszerek dinamikájába, felfedezhettük a személyiség átalakulásának eddig ismeretlen útjait, elmerülhettünk az emberi létélmény mélységeiben, a tudat új dimenzióiban, megismerkedhettünk a halálközeli tudatállapotokkal vagy a misztikusok világegyetemről alkotott képével. Ez az irányzat azonban csak kevés konkrétummal szolgált az LSD hatásairól, az emberi tudattalan struktúrájáról, a mentális betegségek pszichodinamikai háttéréről vagy a terápiás változás mechanizmusairól.

A pszichedelikus terápiából származó meglátások általános jellegét a módszer lényegi hátrányának fogják tartani azok a szakemberek, akik egy eljárás tudományos értékét a nyugati sztenderdek szerint ítélik meg. Ugyanakkor e meglátások módfelett értékesnek bizonyulhatnak azok számára, akik a tudás megszerzésének lineáris, racionális és logikus útjain kívül eső új megismerési módszerek után kutatnak. A nagy dózisu pszichedelikus üléseken szerzett meglátások globális, intuitív és holografikus jellegűek; olyan transzcendens 'aha!' élmények, amelyekkel a nyugati típusú analitikus elme nem tud mit kezdeni, nem lehet őket részekre szedni vagy pragmatikus értelemben véve kihasználni. Azt mondhatjuk, hogy ezek az élmények a létezés végső lényegét világítják meg. A pszichedelikus terápia alanya a kozmikus folyamatot nem racionális szinten érti meg, hanem intuitíve: elkülönült identitását maga mögött hagyva *egygyé válik* a megfigyelt folyamattal.

A dolgok univerzális rendjébe való intuitív belátás ahhoz hasonló, amit az upanisádok úgy írnak le, mint "annak tudását, amelynek ismerete által minden másra is fény derül". Megismerés alatt itt nem azt értjük, hogy az illető az univerzum teljes és átfogó intellektuális megértésére tesz szert, azaz átlátja a jelenségvilág ok-okozati kapcsolatait, vagy gyakorlati információhoz jut a világegyetemben létező tárgyakkal és eseményekkel kapcsolatban. Ez az élmény inkább a jelenségvilág, a tér, az idő és a kauzalitás teljes meghaladását jelenti.

Ebben az állapotban gyakran alakul ki az a meggyőződés, hogy a korábban fontosnak és sürgetőnek tartott kérdések némelyike az új vonatkoztatási rendszerben teljességgel irreleváns. Az alany - ahelyett, hogy kérdéseire választ találna - egy olyan létállapotba kerül, ahol a kérdések vagy nem is léteznek, vagy irrelevánssá válnak és így nem merül fel többé megválaszolásuk igénye. Az alany rájön, hogy problémája a kérdés megválaszolása helyett annak transzcendálásával is megoldható, és ezt teljességgel kielégítőnek érzi.

Természetesen az, hogy a misztikus tudatállapotban tartózkodó személy számára egyes kérdések teljességgel irrelevánsak, nem csökkenti a tudományosan gondolkodó kutató frusztrációját, aki a pszichedelikus terápia megfigyeléseiből általános következtetéseket szeretne levonni. Sajnos az élmények jelentős interindividuais változatossága eleve kizárja, hogy a különböző alanyok egyszeri üléseiből származó anyag alapján érvényes általánosításokat tegyünk. A pszichedelikus terápia kifejezett spirituális hangsúlya, a misztikus tudatállapotok legitim voltának elismerése, valamint a külső szemlélő számára akár vallásos indoktrinációnak ható elemek használata valószínűleg kevésbé teszik vonzóvá ezt a megközelítést a szkeptikus és kritikus hozzáállású szakmai közönség előtt. Ez feltehetően nem is lesz másként, amíg ki nem alakul az új tudományos paradigma, amely révén a pszichedelikus terápia különös megfigyelései megtalálhatják helyüket a pszichiátriai tudomány elméleti rendszerében.

JEGYZETEK

1. Arthur Janov is hasonlóan viszonyul az "ős-terápia" (primal therapy) során fellépő spirituális élményhez. Janov kezdetben csak a kora gyermekkor traumatikus anyagára összpontosított, ám későbbi klinikai megfigyelései arra kényszerítették, hogy elméletét kiterjessze a születési traumára is, amelynek eredetileg tagadta jelentőségét. A transzperszonális élmény legitim voltát mindmáig nem ismeri el, erre "az ősi fájdalomtól való menekülésként" tekint. Az ős-terápia legsúlyosabb dilemmája, hogy az alapjául szolgáló eljárással kiváltott élmények némelyikére - szűkös elméleti háttére miatt - nem tud kielégítő magyarázattal szolgálni.
2. A transzperszonális pszichológiát - és a misztikus világnézetet - gyakran tartják tudománytalannak. Ez az elképzelés nagyrészt onnan ered, hogy a pszichológia és a pszichiátria - a közvéleménnyel összhangban - még mindig a világ régi, idejétmúlt modellje szerint gondolkodik, amely a newtoni világrépre, valamint a tudat és az anyag karteziánus

felosztására épül. A valóságban a misztikus világnézet meglepően jól összeegyeztethető a modern tudomány olyan forradalmi felfedezéseivel, mint a relativitáselmélet vagy a kvantumfizika. A modern fizika és a misztikus világkép egyaránt ellentmond a "józan észnek". Mindkettő messze túlhaladt azon, ahogy a hétköznapi emberek gondolkodnak és a világot szemlélik. A modern fizika és a miszticizmus konvergenciájáról az érdeklődő olvasó remek áttekintést talál Fritjof Capra *A fizika taója* című könyvében. (18)

4 AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA ALAPELVEI

Az előkészítő szakasz

A pszichedelikus ülések

Az élmények integrálása

Az LSD-pszichoterápiával kapcsolatos általános megfontolások után most rátérünk az LSD-kezelés alapelveinek és módszerének bemutatására. Klinikai tapasztalataim azt mutatják, hogy az e fejezetben ismertetett eljárás révén már viszonylag rövid idő alatt is jó terápiás eredmény érhető el, miközben minimálisra csökkenthető a pszichedelikus szerek használatával járó kockázat. Ez az eljárás jól illeszkedik az általános klinikai gyakorlatba, és tökéletes összhangban van az LSD-re vonatkozó jelenlegi tudásunkkal.

Ideális esetben az LSD-pszichoterápia folyamata nyitott helyzetben zajlik, ahol az ülések száma nincs előre korlátozva. A kezelési procedúra három különálló, de összefüggő fázisból áll. Ezek közül az első *az ülés előkészítése*, amikor az alany szermentes beszélgetéseken készítjük fel a pszichedelikus élmény befogadására. Miután az alany átesett első ülésén, az előkészítő fázis szerepe megváltozik: az LSD-élmény általános sajátosságainak bemutatása helyett a hangsúly az előző ülésekről visszamaradt problémák elemzésére tevődik át. Az eljárás második fázisa maga *az LSD-ülés*: a páciens bevonul egy speciális kezelő intézménybe, ahol a pszichedelikus terapeuták - ideális esetben egy férfi-nő párosból álló terápiás diád - kísérete mellett magához veszi a szert. A harmadik fázisra az ülés után kerül sor, ekkor a terapeuták *szermentes beszélgetést* folytatnak a beteggel, amelynek célja a pszichedelikus élmény megfelelő integrálásának elősegítése.

AZ ELŐKÉSZÍTŐ SZAKASZ

Az előkészítő szakaszban az alany és leendő kísérői rendszeres találkozókat tartanak, amelyeken a páciens felkészítik a pszichedelikus ülésre. A felkészítéshez szükséges idő az alany problémáinak természetétől és a körülményektől függ, többnyire öt és húsz óra közé esik. Azoknál, akiknek érzelmi élete viszonylag stabil, és a kezelésre szakmai képzésük részeként, személyiségük fejlődéséért vagy kreativitásuk növeléséért jelentkeznek, érhető módon kevesebb időre van szükség, mint azoknál, akik komoly érzelmi zavarban, neurózisban, pszichoszomatikus vagy borderline pszichotikus betegségben szenvednek.

A lehetséges helyzetek nagy száma és a kezelésre jelentkezők problémáinak változatossága miatt nem áll módunkban, hogy részletekbe menő útmutatással szolgáljunk az előkészítő folyamat jellegét, tartalmát és időigényét illetően. Van azonban néhány általános irányelv, amelyeket mindenképpen érdemes szem előtt tartani.

Ha az ülést terápiás céllal folytatjuk, akkor a terapeutának mindenképpen meg kell ismerkednie a páciens jelenlegi élethelyzetével, életének emocionális, interperszonális és szakmai vetületével, valamint pszichopatológias tüneteinek dinamikájával. Emellett fel kell tárnia az alany élettörténetét, a kora gyermekkor emlékeitől kezdve egészen a közelmúltban történt eseményekig. A páciens múltjának ismeretében a terapeuta könnyebben tudja értelmezni az üléseken felmerülő pszichodinamikus epizódokat, és ez segíti, hogy hatékony támogatást és megfelelő instrukciókat nyújtson a beteg számára. Ha a terapeuta tud az alany interperszonális mintáiról, családi kapcsolatainak jellegéről, valamint a különböző életszakaszaira jellemző érzelmi reakcióiról, akkor könnyebben észreveszi azokat a terápiás kapcsolatban fellépő torzulásokat, amelyek a páciens személyes múltjának eseményeire vezethetők vissza. Különösen fontos, hogy a terapeuta az alany interperszonális viselkedésében beazonosítsa az állandóan ismétlődő témákat, jellegzetes mintázatokat, "ördögi köröket" és más öngerjesztő mechanizmusokat, mert ezek nagy valószínűséggel az áttételes kapcsolatban is jelentkezni fognak.

Hasznos, ha a terapeuta a páciens élettörténetével kapcsolatos meglátásait az alannal is megosztja. Ennek kapcsán olyan értelmezési keretet kell kialakítaniuk, amelyben az alany megtalálhatja az összefüggést múltjának traumatikus eseményei, valamint jelenlegi életének problémái és nehézségei között. Emellett figyelmet kell fordítani az alany pszichopatológias tünetei és hibás interperszonális beidegződései között fennálló összefüggésekre is. Ezen a ponton igen fontos, hogy eltérjünk a klasszikus pszichoanalízistől, és az interjúkat a pszichedelikus terápia filozófiájának szellemében folytassuk le. A freudi pszichoanalízis elsősorban a pszichopatológias jelenségekkel, azaz a személyiség negatív aspektusaival foglalkozik. Emberképe eredendően pesszimista: az embert ösztönlénynek tartja, akinek viselkedését primitív szexuális

és agresszív természetű impulzusok irányítják. A magasabb rendű emberi értékek ebben a modellben a reakcióképzés eredményei, kompromisszumok, amelyekre a társadalom elnyomása kényszerít rá bennünket. Ebből a nézőpontból szemlélve úgy tűnik, hogy az emberi létezésnek elválaszthatatlan része a boldogtalanság és a szenvedés; a pszichoterápia célja csupán annyi lehet, hogy a neurotikus páciensek szélsőségesen intenzív gyötrelmeit a normális, hétköznapi szintre redukálja. A klasszikus pszichoanalízisben a terapeuta nem vállal irányító szerepet, és tartózkodik az értékítélettől. Konkrét kérdésre egy klasszikus képzésben részesült pszichoanalitikustól nagyon ritkán kapunk világos és egyenes választ.

Bár az LSD-üléseket megelőző felkészítés során a pszichedelikus pszichoterapeuták is foglalkoznak a beteg tüneteinek és problémáinak elemzésével, a fő kérdés az, hogy a páciens miként juthatna ezeken túl. A pszichedelikus terápia alapvető üzenete, hogy kivétel nélkül minden emberi lénynek megvan a lehetősége a lényé legmélyét érintő pozitív átalakulásra. Mindenki belsejében ott van az az érintetlen mag, amelynek újbóli életre keltésével megvalósítható a transzformáció, függetlenül attól, mennyire súlyosnak tűnnek az időközben kialakult tünetek. A múltban történt traumát ebben az összefüggésben olyan helyzetnek vagy behatásnak tekintjük, amely a páciens elszakította valódi énjétől.

A pszichedelikus terápia emberképe közelebb áll a hindu filozófiához, mint a freudi pszichoanalízishez. Az élet során elszenvedett traumák nyomában kialakult negatív ösztönkésztetések és a perinatális mátrixok pokoli világa mögött ott rejtőzik a szuper-tudatos elme végtelen, transzperszonális birodalma, ahol örökkévaló, univerzális értékek uralkodnak. Az emberi tudat a pszichedelikus modellben a teljes univerzumot átfogja, így nem korlátozható csupán az életrajzi eseményeket rögzítő egyéni tudattal. Ebből a nézőpontból szemlélve az ember nem bestiális, hanem épp ellenkezőleg, magasrendű és isteni természetű lény. És bár a pszichedelikus terapeuta a páciens felkészítésekor nem bocsátkozik efféle filozófiai fejtegetésbe, hozzáállását ez a világnézet határozza meg.

Az LSD-ülések alanyaival folytatott munka során a terapeutának nem kell tartózkodnia az értékítélettől és az iránymutatástól, feltéve, hogy tanácsai nem a páciens jelenlegi élethelyzetére vonatkoznak. Olyan kérdésekben, hogy a páciens kössön-e házasságot, szüljön-e gyermeket, elmenjen-e abortuszra, otthagyja-e jelenlegi munkahelyét, és hasonlókat, a terapeutának semmiképp sem ajánlatos véleményt nyilvánítania; ezen a ponton az LSD-pszichoterápia teljes összhangban van a pszichoanalízis álláspontjával. Ezek a kérdések az esetek zömében túl összetettek, és a sok ismeretlen tényező miatt a terapeuta nem tudja őket elég objektíven megítélni ahhoz, hogy a beteg igényeinek megfelelő megoldást javasolhasson. Ha a terapeuta ennek ellenére mégis segíteni próbál, akkor tanácsa az objektív szakmai ítélet helyett nagy valószínűséggel saját tudattalan félelmeinek, vágyainak és igényeinek tükröződése lesz. Ha azonban a páciens kérdései az élethez való általános hozzáállásra vonatkoznak, akkor a terapeuta bátran szolgálhat útmutatással. A terapeuta ez esetben a pszichedelikus terápia megfigyeléseiből leszűrt és kikristályosított értékrendet közvetíti, amelynek egyes elemeit a sikeres terápián átesett alanyok az emberi természet univerzális jellemzőiként és az egészséges szellemi működés elválaszthatatlan velejáróiként ismertek fel.

A pszichedelikus élményből leszűrt egzisztenciális stratégia egyik alapköve, hogy az alany a múltban történt események feletti rágódás és a jövőre vonatkozó vágyálmok kergetése helyett visszatér a jelenbe. A nagyszabású elképzelések helyére a mindennapi élet egyszerű és hétköznapi helyzetei lépnek; az alany ráébred, hogy a valódi elégedettség és boldogság *kizárólag* ezekben található meg. Az alany természetesen továbbra is lehetnek bonyolult, hosszú távú tervei, de már nem ezektől reméli a kielégülést vagy a lelki békét. Azok a személyek, akik pszichedelikus üléseik során szembesültek a halál elkerülhetetlenségével, ráébrednek, hogy a pozitív énkép, az élet élvezete vagy az emberi létezés mély jelentőségének tudatosítása a külső körülményektől függetlenül is megvalósítható. Ezek a tudati attitűdök - úgy tűnik - együtt járnak az ember eredendő állapotával, egy olyan létezési móddal, amely lényegében független az élet anyagi feltételeitől.

Ha ez a mélyről jövő, alapvető életigenlés az alany lelkében jelen van, akkor még a leghétköznapibb életkörülményeket is meg tudja becsülni. Ebből a nézőpontból már az is igen értékesnek tűnik, hogy emberi lényként részesülhettünk a tudatosságban és szerepet kaptunk a kozmikus folyamatban. Ezzel a hozzáállással az olyan hétköznapi tevékenységek, mint a munka, a testmozgás, az evés, a séta, egy naplemente átélése vagy a szeretkezés az emberi élet örömteli kifejeződésévé és ünnepévé alakulhatnak át. Ha viszont az alany képtelen rá, hogy létezéséhez pozitívan viszonyuljon, akkor tehet a külvilágban bármit, ezt a megelégedettséget semmi sem fogja elhozni számára. Az ilyen ember a vég nélküli szenvedés körforgásába kerül: a pozitívna és kívánatosnak tűnő életcélok hajszolása közben egyre szorosabbra zárul körülötte a hurok, de a vágyott eredményt soha nem éri el. Az életfolyamat iránti pozitív attitűd a külső körülmények manipulációjával nem hozható létre; ehhez mindenkinek végig kell mennie a mély önkutatás és a belső

átalakulás szellemi útján. Ez az oka, hogy a pszichedelikus terápia filozófiája az elvárások és a célok helyett a folyamatban való száz százalékos részvételt hangsúlyozza. Nemcsak az számít, hogy valaki milyen döntéseket hoz és milyen célokat követ, hanem az az attitűd is, amellyel a mindenkori jelen pillanatában tevékenykedik.

A terapeuta az ülésre való felkészítés során ezt az értékrendet próbálja átadni az alanynak. Figyelmezteti a páciens, ha az érzélgősségből vagy nosztalgiából a múltba réved, régen meghozott döntései fölött rágódik, esetleg erkölcsileg megkérdőjelezhető tettei miatt marcangolja magát. Utalást tesz rá, hogy a boldogság nem érhető el a pénz, a hatalom, a státusz vagy a hírnév hajszolása által. Ez a figyelmeztetés különösen adekvát, amikor az alany jövőre vonatkozó tervei irracionálisnak, irreálisnak és túlzónak tűnnek, vagy ha nyilvánvalóvá válik, hogy a páciens csupán légvárákat épít.

Próbáljuk meg az alannal megsejtenni, milyen mély bölcsesség rejlik abban, ha a jelen pillanatra összpontosítunk; ha a boldogságot nem a nagyravágyó elképzelések megvalósításától reméljük, hanem megtaláljuk azt a teljesen hétköznapi élethelyzetekben is. Rámutathatunk arra, milyen hiábavalók és ellentmondásosak azok az attitűdök és viselkedésminták, amelyekkel az alany állandóan igazolni próbálja magát mások előtt, meg akar felelni szülei, társai vagy a közelebről be nem azonosított "többiek" akaratainak, esetleg egy irracionális tekintély ellen lázad. Mivel a terapeuta által ismertetett értékrend és életstratégia a pszichedelikus élményekből származó felismerésekre épül, komoly esély van rá, hogy az ülés erőteljes tapasztalati bizonyítékokkal fogja alátámasztani a mondottak helytállóságát.

A felkészítés során fontos, hogy a terapeuta tájékozódjék az alany filozófiai és vallási irányultságáról. Bár a múltban többen kísérleteztek vele, én nem ajánlom, hogy a terapeuta valamely konkrét vallási rendszer köré építse az üléseket - legyen az a kereszténység, a judaizmus, a hinduizmus vagy a tibeti buddhizmus. Egy előre megválasztott rendszer gyakran kerül ütközésbe azzal a szimbólumrendszerrel, amelyben az alany spirituális élménye megnyilvánul, és amely az adott esetben az alany számára a legmegfelelőbbnek tűnik. Emellett a konkrét vallásra utaló jelek használata visszatetszést kelthet az ateista és szkeptikus irányultságúakban, a más vallások híveiben, továbbá azokban, akik bár az illető hitrendszerben nőttek fel, később komoly konfliktusai támadtak azzal kapcsolatban. Elegendő, ha az alany figyelmét ráirányítjuk a világ esztétikai aspektusaira, felkeltjük érdeklődését az alapvető filozófiai kérdések iránt, és megsejtetjük vele, hogy az emberi létezésnek spirituális dimenziói is lehetnek.

A gyakori félreértések miatt szükségessé válhat, hogy az alany számára tisztázzuk a "vallás" szó jelentését. Ennek kapcsán beszélhetünk a spiritualitás emberi életben betöltött szerepéről, a vallás és a tudomány közti viszonyról vagy a különféle vallási rendszerek konfliktusairól. Ha az alany markánsan negatív érzéseket táplál a pszichedelikus terápia vallási aspektusai iránt, akkor érdemes megnyugtatni afelől, hogy az LSD-üléseken átélt spirituális élmények rendszerint nem az ortodox vallási elképzeléseket tükrözik; ehelyett közelebb állnak ahhoz, amit Albert Einstein " kozmikus vallásnak " nevezett. A spiritualitás e formájához nincs szükség antropomorf istenképre, a szentek panteonjára, rendszeres egyházi szolgálatra vagy formalizált istentiszteletre. A spiritualitás e fajtája arról szól, hogy a világ számos rejtélye nem ragadható meg pusztán a racionalitás által, és arról, milyen mély megrendülést és csodálatot él át az ember, ha közvetlen kapcsolatba kerül az univerzum végtelen kreativitásának misztériumával.

Ebben a kontextusban a spirituális érzések olyan kérdésekhez kapcsolódnak, mint az idő és a tér rejtélye; az anyag, az élet és a tudat eredete; a látható univerzum és az emberi létélmény dimenziói; az élet értelme vagy a jelenségvilág háttérében működő teremtési folyamat végső rendeltetése. A spirituális élmények e fajtáját olyan emberek is átélhetik, akik kimagasló intelligenciával rendelkeznek és szigorú tudományos képzésen estek át. Valójában nincs is ellentmondás ezen élmények és a modern tudomány megfigyelései között. Ezt a tényt jól illusztrálja, hogy napjainkban egyre több tudós kezdi felfedezni a kvantumfizika következtetéseit és a különféle misztikus tradíciók világképe közti párhuzamokat.

A pszichedelikus üléseken átélt perinatális és transzperszonális élmények valamely konkrét kultúra vagy történelmi periódus szimbólumaiban is megnyilvánulhatnak. Az alany olyan mitológiai és szimbolikus jeleneteket élhet át, amelyek jelképrendszere az egyiptomi, görög, afrikai, indiai, tibeti, kínai, japán, ausztrál vagy prekolumbiánus kultúrából származik - mindezt anélkül, hogy az illető kultúráról bármilyen előzetes ismerete lenne. Az adott kultúra istenségei azonban többnyire nem az univerzum legfelső, központi, mindenható teremtőjeként jelennek meg. Ezek az istenségek - a jelenségvilágot alkotó egyéb entitásokhoz hasonlóan - teremtett lények: mindannyian ugyanannak a transzcendens és formán túli kreatív princípiumnak a megnyilvánulásai. Ha a pszichedelikus élmény mégis valamely konkrét hitrendszer kontextusában nyilvánul meg, akkor jellemzően közelebb áll az illető vallás misztikusainak tanításaihoz, mint az ortodox irányzatokhoz. A keresztény élmények így jobban hasonlítanak a keresztény misztikusok átéléseire, mint a

katolikus egyház tantételeire, a zsidó vallási tradícióban gyökerező megnyilvánulások közelebb állnak a Kabbalához és a haszidizmushoz, mint az ószövetségi judaizmushoz, a muzulmán élmények pedig inkább köthetők a szufizmushoz, mint az iszlám hitrendszeréhez.

Az LSD-üléseken átélt spirituális élmények gyakran teljesen idegenek attól a vallási tradíciótól, amelyben az alany nevelkedett. Például egy buddhista szerzetes élménye során azonosulhat a megfeszített Krisztussal, és ennek következtében átértékelheti a kereszténységgel kapcsolatos álláspontját. Egy keresztény ember felfedezheti a szufizmusban rejlő mélységeket, egy muzulmán betekintést nyerhet a karmikus folyamat és a reinkarnáció mechanizmusába, egy zsidó rabbi pedig élménye nyomán a zen buddhizmus követőjévé válhat. Az alanyok rendszerint elfogadják azt a formát, amelyben a transzcendens valóságot megtapasztalják; úgy érzik, számukra ez a forma a legmegfelelőbb, ez áll a legközelebb saját egyéniségükhöz.

Igen fontos, hogy az előkészítő fázisban stabil bizalmi kapcsolat alakuljon ki az alany és a kísérők között. Egy pszichedelikus ülés kedvező kimenetelének egyik előfeltétele, hogy az alany elengedje pszichés védelmi mechanizmusait és maradéktalanul átadja magát az élménynek. Ez azonban csak akkor valósulhat meg, ha feltétel nélkül megbízik kísérőiben. A vezetők iránti bizalom tehát a biztonságos és hatékony pszichedelikus terápia legfontosabb előfeltételének tekinthető. Az ülések során adódhatnak helyzetek, amelyekben ez a bizalom különös jelentőségre tesz szert. Ha az alany az a problémája, hogy nem bízik meg embertársaiban vagy a világban, akkor ennek nem tud a mélyére hatolni addig, amíg nincs teljes bizalommal kísérői iránt. Az ego halálával való maradéktalan szembesülés szintén feltételezi, hogy az alany szilárd támaszra leljen a terápiás kapcsolatban. A kísérők és az alany közti bizalmi viszony fontosságára való tekintettel jól tesszük, ha az előkészítő fázisban nem csupán egyirányú interakciót folytatunk, hanem gondoskodunk róla, hogy a páciens is megismerhesse pszichedelikus ülésének leendő vezetőit. Az előkészítő beszélgetés és a terápiás folyamat ideális esetben nem közhelyes eszmecserét, hanem két ember valódi, őszinte találkozását jelenti.

Ha a terapeuták úgy érzik, hogy az előkészítő szakasz elérte célját és az alany készen áll első LSD-ülésére, akkor rendeznek egy utolsó, eligazító jellegű találkozót. Ezen a megbeszélésen - amelyre rendszerint az LSD-ülést megelőző napon kerül sor - a kísérők a pszichedelikus eljárással kapcsolatos technikai kérdésekre összpontosítanak. Megvilágítják az alany előtt a pszichedelikus élmény természetét, a szer által elérhető tudatállapotokat, és tippeket adnak, hogy miként viszonyuljon az ülésen tapasztalt jelenségekhez. Ha az alany még mindig nem biztos a dolgában, akkor biztatják, hogy adjon hangot félelmeinek és kételyeinek, illetve tegye fel még tisztázásra váró kérdéseit - ez az utolsó alkalom, hogy a terapeuták válaszoljanak rájuk, illetve tisztázzák azokat a félreértéseket és félígazságokat, amelyeket az alany a pszichedelikus szerekről a médiában vagy a szakirodalomban olvasott. A tisztázásra váró elképzelések tipikus példája az LSD-ülés "modell-szkizofrénia"-megközelítése; az a vélekedés, hogy az LSD használata pszichózishoz vezet; a hosszan tartó reakciókkal és a "flashback" jelenségével kapcsolatos félreértések, illetve a szernek tulajdonított agy- vagy kromoszómakárosodás.

Mint azt korábban már említettük, a "modell-pszichózis"-megközelítés időközben túlhaladottá vált; felváltotta az a szemlélet, amely az LSD-t a mentális folyamatok nonspecifikus katalizátorának vagy erősítőjének tekinti. Ami a pszichózis veszélyét illeti, az LSD-terápiában tényleg megtörténhet, hogy egy ülést követően átmeneti pszichotikus állapot lép fel. Ez azonban a felügyelet mellett levezetett üléseknél igen ritkán fordul elő, és csak olyan betegeket érint, akik amúgy is komoly érzelmi problémában vagy borderline személyiségzavarban szenvednek. Ilyen esetben a klinikai állapot rosszabbodását nem maga a szer, hanem a mélyben fekvő tudattalan anyag mobilizálódása és exteriorizációja váltja ki, ami bár okozhat klinikai problémát, megfelelő hozzáállás esetén a terápiás változás kiindulópontja is lehet. Az LSD használata után fellépő hosszan tartó reakciók, "flashbackek" és pszichotikus dekompenzációk hátterében működő mechanizmusokat egy későbbi fejezet fogja részletesen tárgyalni. A későbbiekben vázlatos áttekintést nyújtunk azokról az alapelvekről, amelyek követésével az ilyen típusú jelenségek bekövetkezésének valószínűsége minimálisra csökkenthető.

A pszichedelikus ülések egyetlen, valóban komolyan kezelendő szomatikus veszélye az a terhelés, amelyet a szer hatása alatt átélt érzelmi megrázkódtatások és fizikai feszültségek a kardiovaszkuláris rendszerre rónak. Ez a veszély azonban kiküszöbölhető, ha az alanyok kiválasztásánál figyelemmel járunk el, és kiszűrjük azokat, akik életük során szívinfarktuson vagy dekompenzált szívelégtelenségen estek át, malignus hipertóniától vagy komoly arterioszklerózistól szenvedtek, illetve hajlamosak mutatnak az agyvérzésre és más hasonló betegségekre. Azoknál, akik hajlamosak a görcsrohamra, a pszichedelikus ülés ellenjavallt lehet, hacsak nem rendelkezünk olyan gyógyszerekkel, amelyekkel a roham szükség esetén

leállítható. Az epilepsiára hajlamos személyekben az LSD *status epilepticus*-t válthat ki, ami megfelelő egészségügyi háttér hiányában igen nehezen kezelhető.

A gyógyszerészeti tisztaságú LSD a pszichoterápiában használt, 50-1500 mikrogrammos dózisok mellett bizonyíthatóan nem vált ki agykárosodást. A szakirodalom erre vonatkozó megjegyzései két megfigyelésre vezethetők vissza. Egyrészt az LSD-kísérletek alanyainál gyakran tapasztalunk remegést, rángást vagy komplex, csavarodó mozdulatokat. Ezek a motoros jelenségek olyan alanyoknál is jelentkeznek, akik egyébként nem hajlamosak az epilepsiára, és némiképp hasonlóak a központi idegrendszer szervi megbetegedéseit kísérő tünetekhez. Az LSD-terápia klinikai megfigyelései arra engednek következtetni, hogy ezek a mozdulatok nem szervi károsodás tünetei, hanem a psziché mélyén felgyülemlett, elfojtott energiák felszabadulásával és érzelmi leereaglásával járó fizikai megnyilvánulások, amelyek legdrámaibb formájukat a pszichológiai halál és újjászületés élményét kísérő motoros jelenségekben nyerik el. Ezek a megnyilvánulások rendszerint visszahúzódnak, vagy teljesen eltűnnek, mihelyt az alany átdolgozta magát a tudattalan perinatális szintjén. Az LSD hatásának interindividuais változatossága, valamint a közvetlen dózis-válasz összefüggés hiánya szintén kérdésessé teszik, hogy a motoros jelenségek hátterében szervi okok állnának. A pszicholitikus terápián részt vett alanyokon végzett vizsgálatok soha nem mutattak ki agykárosodásra utaló jelet, pedig a vizsgált személyek közül egyesek száznál is több ülésen estek át. E vizsgálatoknál a kutatók a neurológiában használt diagnosztikai módszereket, EEG-t, valamint az agykárosodás kimutatására szolgáló pszichológiai teszteseteket használták.

A szakirodalomban olvasható, agykárosodást feltételező utalások másik csoportja azokkal a személyiségváltozásokkal kapcsolatos, amelyek az LSD-ülések egyes résztvevőit jellemezték. A szóban forgó kutatások beszámolóí szerint az LSD-t használó személyek gyakran elveszítik korábbi ambícióikat, felhagynak tanulmányaikkal, hosszú hajat és szakállt növesztenek, szokatlan ruhákat hordanak, nem adnak a higiéniára, cselekedeteik néha ellentmondanak a józan észnek, valamint hajlamosak elmerülni a filozófiai és vallási tárgyú elmélkedésekben. A "hippi személyiség" alapos elemzése feltárja, hogy ezek a személyiségjegyek nem tulajdoníthatóak kizárólag a pszichedelikus szerek használatának. A hippik feltűnése komplex jelenség, amelyben a szociálpolitikai tényezők mellett az előző generációk elleni lázadás elemei is nagy szerepet kapnak. Saját kísérleteink világosan kimutatták, hogy a mély személyiségváltozáshoz, valamint a filozófiai és spirituális nézetek mélyreható átalakulásához nem szükséges, hogy az alany a hippikre jellemző külső változáson menjen keresztül. Személy szerint úgy vélem, hogy ha valaki az amerikai LSD-használók személyiségében végbemenő változást a prefrontális tumorokkal és más hasonló betegségekkel járó agyi leépüléshez hasonlítja, az a szóban forgó probléma teljes félreértéséről árulkodik. A feketepiacon beszerezhető LSD kérdéses minősége, valamint a pszichedelikus szcéna és az amfetaminokat, barbiturátokat, fenciklidint, STP-t és más drogokat fogyasztó szubkultúrák közötti átfedések szintén kérdésessé teszik, hogy érdemi következtetéseket vonhatunk-e le az illegális LSD-használók felügyelet nélküli önkísérleteivel kapcsolatos megfigyelésekből.

Az LSD és a többi pszichedelikum sajtóbeli megítélése a közvélemény, az oktatásban dolgozók és a döntéshozók mellett sajnálatos módon több egészségügyi szakember véleményét is erősen befolyásolta. A hatvanas évek tömeghisztériája és a szenzációhajhász újságcikkek nagyobb hatással voltak a pszichiáterekre és a pszichológusokra, mint a saját szakmájuk területén végzett klinikai kutatások, amelyek világosan kimutatták, hogy felelősségteljes használat mellett az LSD viszonylag biztonságos szernek tekinthető. Több szakember szájából hallhattunk olyan állításokat, amelyek szilárd tudományos tények helyett az illetők erősen irracionális előítéleteit tükrözték. Ennek jó példája, hogy egyes pszichiáterek, miközben az LSD terápiás felhasználását az észrevehetetlenül finom agyi károsodás esetleges veszélye miatt hevesen elleneztek, habozás nélkül beleegyeztek abba, hogy betegeiket szükség esetén prefrontális lobotómiának vessék alá.¹

Az utolsó téma, amelyet a beteggel célszerű megbeszélni, az LSD kromoszómákra, magzati fejlődésre és utódlási képességre gyakorolt hatása. A média negatív programozásának köszönhetően a legtöbb ember szinte biztosra veszi ezen hatások létezését, így az előkészítő periódusban is nagy eséllyel találkozhatunk az erre vonatkozó kérdésekkel. Mivel e problémák tisztázása a pszichedelikus pszichoterápia jelene és jövője szempontjából egyaránt döntő fontosságú, e munka függelékében kritikai áttekintést nyújtok a témában megjelent tudományos cikkekről. Saját állásponatom szerint - amelynek kialakításánál húsz év klinikai tapasztalatára és a kapcsolódó szakirodalom alapos elemzésére támaszkodtam - semmilyen jel nem utal rá, hogy a gyógyszerészeti tisztaságú LSD-nek bármilyen káros hatása lenne a kromoszómákra vagy az utódlási képességre. Ettől függetlenül terhes nőnek semmiképp nem ajánlanám a szer használatát; egyrészt mert megnöveli a vetélés kockázatát, másrészt mert hátrányosan befolyásolhatja a magzat fejlődését.

Ha a kezelésre jelentkezők közül kiszűrjük a kismamákat és a komolyabb szívproblémával rendelkezőket, illetve körültekintően járunk el az epilepsiára hajlamos személyekkel, akkor az LSD biológiai szempontból fölültébb biztonságos szernek tekinthető. A szer használatával járó veszély fennmaradó része pszichológiai természetű: nem a szer direkt hatásának, hanem olyan komplex extrafarmakológiai tényezőknek tudható be, mint a kísérők által használt terápiás technikák, az alany személyisége, vagy a set és a setting. Ezekről a tényezőkről a könyv más fejezetei adnak részletekbe menő áttekintést.

Ha az alany félelmeit, kételyeit és aggodalmait sikerült eloszlatni, akkor a terapeutának el kell magyaráznia, miként működik a szer, és rá kell mutatnia az élményben rejlő terápiás potenciálra. Fontos, hogy az alany megértse: az LSD a mentális folyamatok katalizátora vagy erősítője, olyan eszköz, amely az embert hozzásegíti a mély önkutatáshoz. Aki ezt a szert beveszi, nem a "toxikus pszichózis" állapotába vagy valamiféle "kémiai mennyországba" kerül, hanem saját tudattalanjának birodalmába: bejárhatja énjének rejtett zugait, és az ott meglelt átjárókon keresztül bejuthat azokba a világokba is, ahol a szuper-tudatos elme lakozik.

Az LSD-vel végzett kutatások korai éveiben, a "modell-szkizofrénia"-megközelítés egyeduralma idején a pszichedelikus üléseket rendre "experimentális pszichózisként" aposztrofálták, még akkor is, ha azok célja terápiás jellegű volt. Az alany felkészítése során jól tesszük, ha tartózkodunk az efféle terminusok és metaforák használatától, egyrészt, mert tudományosan megalapozatlanok, másrészt, mert használatuk az ülés erőteljes negatív programozásához vezethet. Ha az alany ezt az attitűdöt teszi magáévá, akkor az ülés során adódó szorongást, agressziót, bizalmatlanságot és a többi, nehezen kezelhető érzést könnyen kivédheti úgy, hogy ezeket a szer "pszichotomimetikus" hatásának számlájára írja, ami megnehezíti, hogy problémáival konfrontálódjon és azokkal érdemi munkát végezzen. A szkizofrénia és más pszichotikus állapotra tett utalás további hátránya, hogy az alanyban a visszafordíthatatlan és permanens megőrlés rémképét idézheti fel. Az élmény jellegének szemléltetésénél jobb, ha olyan metaforákat használunk, mint a "belső mozi" vagy az "éber álom". Emlékeztessük az alanyt, hogy van egy nem-szokványos tudatállapot, amelynek mindegyikünk részese volt már: az álmodás folyamata során mindannyian látunk, hallunk, ízlelünk és érziünk olyan dolgokat, amelyek valójában nem léteznek. Ebből a példából az alany megértheti, hogy ha valakinek a valóság szokásos rendjétől eltérő élményei vannak, abból nem feltétlenül következik, hogy az illető megőrült.

Az előkészítés során a terapeutának áttekintést kell adnia a pszichedelikus élmény lehetséges fajtáiról: az érzékelésben bekövetkező változásokról, az érzelmileg releváns gyermekkori emlékek újraéléséről, az elmúlt betegségekkel és operációkkal kapcsolatos érzetéről, a halál-újjászületés folyamatáról és a transzperszonális élményekről. Mivel a szóban forgó jelenségek zöme a jelenleg használt fogalmi rendszerekben értelmezhetetlen, hívjuk fel az alany figyelmét arra, hogy a belső történet intellektuális megragadása helyett próbáljon elmerülni annak minél teljesebb átélésében. Ha ezt nem tudja megtenni, akkor az intellektuális megragadásra tett erőfeszítése komoly akadályt fog gördíteni az élmény mélyebb dimenzióinak megnyílása elé. Érdemes külön hangsúlyozni a pszichedelikus élmény intenzitását: az alanyt figyelmeztetnünk kell rá, hogy amit át fog élni, az nagy valószínűséggel mindenen túlmegy, amit valaha is érzett, tapasztalt vagy egyáltalán elképzelhetőnek tartott. Ha számít erre, akkor kevésbé valószínű, hogy sokkot kap vagy pánikba esik, amikor az élmény igazán mélyülni kezd.

Elengedhetetlen, hogy a terapeuta előre átvegye az alannal azokat a helyzeteket, amelyek az LSD-üléseken a legnagyobb nehézségekkel járnak. Ezek közül a legprominensebb a *haldoklás* és a *halál élménye*, amely annyira realiztikus, drámai és meggyőző lehet, hogy az alany könnyen összetévesztheti azt a tényleges fiziológiai krízissel. Különösképp áll ez arra az esetre, amikor a halállal való találkozásra a perinatális szinten kerül sor; itt a folyamatot olyan akut biológiai jelenségek kísérhetik, amelyek nem csak az alanyt, de egy tapasztalatlan kísérőt is könnyen zavarba ejtenek. A bőrszín drasztikus elváltozása, a rohamra emlékeztető motoros aktivitás, a sugárban hányás, a fokozott verejtékezés, a szapora pulzus mind olyan jelenségek, amelyek a tényleges halálközeli állapotnál is előfordulnak, így nem könnyű felismerni ezek szimbolikus jellegét. A halállal való konfrontáció élményének van egy enyhébb variánsa is, amely a perinatális helyett a transzperszonális szinten bontakozik ki. Ezt a változatot rendszerint nem kísérik az előzőekben említett biológiai jelenségek, és az akut életveszély érzése sincs jelen. A haldoklást az alany ehelyett szellemi szinten, a világhoz való kötődés és a világtól való elszabadulás vágya közötti vívódásként éli meg. Ez jóval finomabb és árnyaltabb folyamat, mint az előző, továbbá ennél a változatnál a döntés is nagyrészt az alany kezében marad. Mivel az ülések során főként a perinatális szinten átélt halál-élmény szokott problémát okozni, elsősorban erről kell tájékoztatást adni. Fontos megvilágítani, hogy a halál minden

esetben a halál-újjászületési folyamat részeként kerül átélésre. Ha az alany nem ijed meg, hanem átadja magát az élménynek, akkor a "halálba" való belépést törvényszerűen a felszabadulás élménye követi; ha viszont ellenáll, és harcolni próbál a folyamattal, csak saját szenvedését hosszabbítja meg.

Egy másik gyakori probléma az az érzés, hogy *az élmény soha nem fog véget érni, és az alany közel jár a végleges megőrzüléshez*. Ennek a problémának egy speciális változata a korábban már említett "nincs kiút" szituáció. Döntő fontosságú, hogy az alany megértse az ilyen és hasonló helyzetek belső logikáját: tudnia kell, hogy a leggyorsabb kiút mindig az elengedés, az élmény tartalmának feltétel nélküli elfogadása. Ha az alany az ülés során annak várható kimenetelére vonatkozó kijelentést tesz, azt nem érdemes túl komolyan venni; jobb, ha ezt is az élmény részeként kezeljük, akár csak az összes többi tudati jelenséget. Paradoxnak tűnik, de igaz: ha az alany belenyugszik, hogy pokoli állapota örökre szól, akkor ezzel véget vethet annak, és ha maradéktalanul átengedi magát a fenyegető örületnek, akkor rögvést a magasabb józanság állapotába kerül. Ellenben ha ellenállást tanúsít, és harcolni próbál az elkerülhetetlen vég vagy a megőrzülés ellen, akkor éppen ez az ellenállás lesz az, ami meghosszabbítja a kellemetlen állapotot, és bűvkörében tartja az illetőt.

Az LSD-üléseken kialakuló pánik harmadik leggyakoribb oka az a rettegés, hogy az alany valamiképpen *homoszexuálissá válik*. Ezt a félelmet rendszerint olyan élmény váltja ki, amelyben az alany rendkívül meggyőző azonosulást él át a másik nem valamelyik képviselőjével. Egy férfi nemcsak azt élheti át, hogy női teste van, de azt is, milyen érzés terhesnek lenni, gyermeket szülni, vagy hogy mi a különbség a vaginális és a klitorális orgazmus között. A nők a férfiaknál ritkábban jutnak el a teljes testi azonosulásig, jellemzőbb, hogy a férfiak pszichológiájába nyernek tapasztalati betekintést. Ezen élményekre jó, ha előre felkészítjük az alanyt: magyarázzuk el neki, hogy ezek ritkán adódó lehetőségek, amelyek révén közvetlen hozzáférést kaphat a másik nem tapasztalati világához, amivel nemhogy gyengítené, de épp ellenkezőleg, szilárdabbá teszi a nemi identitását. A homoszexuális félelmek másik lehetséges forrása, amikor az alany fizikai vonzalmat kezd érezni azonos nemű kísérője iránt. Ezek az érzések az esetek zömében az azonos nemű szülőre irányuló kora gyermekkori érzések áttételeként értelmezhetők. A férfiaknál a homoszexuális pánik legmélyebb forrásának a születés körüli, negatív töltéssel rendelkező emlékek tűnnek; például az alany a vaginát egy gyilkos szervnek láthatja, és ennek folytán úgy érezheti, soha többé nem lesz képes örömforrást látni benne.

Az eddig tárgyalt problémákon túl említést kell tennünk az LSD-üléseken tapasztalható fizikai érzetekről is, amelyek intenzitása néha szintén aggodalmat okozhat. Az alanynak tudnia kell, hogy az LSD - a pszichoterápiában alkalmazott dózisok mellett, pusztán farmakológiai hatása révén - nem vált ki semmilyen konkrét szomatikus tünetet. Ha hányingert, hányást, fejfájást, izomfájdalmakat, légzési elégtelenséget, méh- vagy gyomorgörcsöt, megnövekedett motoros aktivitást vagy egyéb fizikai jelenségeket tapasztal, ezek minden esetben pszichoszomatikus eredetűek, fontos pszichológiai anyag tükröződik bennük, és maradéktalan átélésük kimagasló terápiás értékkel bír.

A felkészítés során figyelmeztetnünk kell az alanyt, hogy az ülésen adódhat egy pont, ahol teljesen elveszítheti a kísérők iránti bizalmát, függetlenül attól, hogy előzőleg milyen szoros és jó kapcsolatot sikerült velük kialakítania. E *bizalmi krízis* lényegi jellemzőit egy korábbi fejezetben már tárgyaltuk. Létfontosságú, hogy az alany előre tudjon erről az eshetőségről, és bekövetkezése esetén annak okait ne kint, a külvilágban, hanem bent, a saját tudatában keresse. Gondolja át, mi valószínűbb: az, hogy bizalmatlansága az agyában munkáló pszichoaktív szer befolyásának köszönhető, vagy az, hogy fél óra leforgása alatt drasztikus és váratlan változás állt be a külső körülményekben vagy a kísérők személyiségében. Ha az alanyt az előkészítés során tájékoztatjuk a bizalmi krízis lehetőségéről, az már önmagában elegendő lehet az ilyen helyzeten való sikeres átlendüléshez.

Az LSD-pszichoterápia egyik alapszabálya, hogy az adódó élményeket mindig internalizált formában kell átélni. Mivel a pszichedelikus utazás a mély önkutatás folyamatoként is felfogható, az élmények megközelítésénél a legalkalmasabb hozzáállás az introspektív orientáció. Az LSD-alanyokat ennek megfelelően arra bátorítjuk, hogy az ülés nagy részét kényelmes, fekvő helyzetben, lehunyt szemmel töltsék, amiben nagy segítségükre lehet egy puha szemkötő. A komplex külső ingereknek kedvezőtlen hatása lehet, különösen, ha ezek felkeléssel, járkálással, folyamatos verbalizációval és szociális interakciókkal párosulnak. A külvilágra irányuló aktivitás az esetek zömében csökkenti az élmény intenzitását, a felszínen tartja azt és így gátolja az önkutatás folyamatát. Ez alól kivételt jelent az élmény kifejezésére szolgáló tánc, feltéve, hogy az alany közben csukva tartja a szemét és nem veszíti el a kapcsolatot saját belső világával.

Mindez nem jelenti azt, hogy tagadnánk a külső környezetre irányuló pszichedelikus élmények esetleges pozitív értékét. Az LSD valamennyi érzékszervi csatornát szélesre tárja, és jelentősen megnöveli az érzékszervek érzékenységét - ennek folytán az alany teljesen új köntösben láthatja a világot. A külső

környezettel való kapcsolat élményének esztétikai, érzelmi és spirituális vetülete rendkívül mélynek és értékesnek bizonyulhat, különösen, ha az ülésre szép természeti környezetben kerül sor. Az alany a hegyek között, a tengerparton, az erdőben, sőt saját kertjében is részese lehet olyan élményeknek, amelyek örökre emlékeztetések maradnak. Ha azonban valaki ilyen céllal használ LSD-t, akkor fontos, hogy kisebb, 100 mikrogramm alatti dózist használjon. Az ennél nagyobb adag aktiválhatja a tudattalan anyagot, ami felszínre bukkanva könnyen eltorzíthatja a környezet érzékelését. Ha valaki az LSD-t komplex fizikai és szociális settingben használja, akkor a belső világ pszichológiai elemei és a külvilágból származó érzékszervi ingerek olyan tudati masszává olvadhatnak össze, amely beazonosíthatatlanná teszi a tudattalantól felszínre kerülő személyes anyagot. Ilyen körülmények között az LSD-utazás a külső ingerek és a belső élmények kibogozhatatlan keveréke lesz, ami nem igazán ad teret a produktív introspekciónak. Ha a cél a személyes fejlődés, az érzelmi problémák feldolgozása vagy a filozófiai és misztikus elmélyedés, akkor érdemes az élmény teljes internalizálására törekednünk.

Az internalizálás másik előnye, hogy az így lefolytatott ülések biztonságosabbak. Az egyszerűsített, biztonságos környezetben zajló internalizált ülések jóval nagyobb eséllyel hoznak pozitív eredményt, mint a külvilágra irányuló utazások. A kedvező kimenetel érdekében mindig tartuk szem előtt, hogy a pszichológiai védőfalak lebontását az ennek következtében feltörő tudattalan anyag hatékony feldolgozásával kell párosítani. A tudattalantól feltörő tartalmakat az alany fel kell dolgoznia, a bennük tárolt, lefojtott energiát pedig ki kell engednie a periférián. A belső folyamat minél mélyebb átélése, valamint annak érzelmi, perceptuális és fizikai kifejezése elengedhetetlen feltétele az LSD-élmény megfelelő integrálásának. Ha a szer olyan területet aktivál a tudattalanban, ahol nehezen feldolgozható érzelmi anyag van, ám az alany valamiképp sikerül elkerülnie az ezzel való szembesülést, akkor az ülés hosszan tartó reakciókat, nem kielégítő integrációt, érzelmi és pszichoszomatikus problémákat, továbbá labilis érzelmi egyensúlyt eredményezhet, amely később az ún. "flashback" okává is válhat.

A fentiekre való tekintettel már az előkészítő fázisban hangsúlyoznunk kell, mennyire fontos, hogy az alany az ülés alatt mindvégig fekvő helyzetben maradjon, ne vegye le a szemkötőt vagy a fejhallgatót, és próbáljon teljesen elmerülni abban, amit belső világában átél. Az üléseken felmerülő technikai problémák nagy része annak tudható be, hogy az alany nem képes a folyamatot belül tartani, ezért kifelé fordul, és a felmerülő tudattalan anyagot a kísérőkre vagy a kezelési szituációra vetíti ki. Ezen attitűd háttérében erőteljes védelmi mechanizmus működik, ami komoly akadályt gördít a terápiás folyamat útjába. Ha az alany problémájával a belső világban tud konfrontálódni, akkor azonosíthatja annak forrását, és meg is oldhatja azt. Ha viszont nem képes erre, akkor kifelé fordul: a külvilágban hoz létre egy pszeudo-valóságos szituációt, ebbe belevetíti a problémát, és a megoldást az így létrehozott külső helyzet manipulációjával próbálja megtalálni. A kísérők alapfeladatai közé tartozik, hogy az ilyen helyzetek kialakulását megakadályozzák; ennek érdekében az alanyt az előkészítés során részletesen tájékoztatniuk kell az ülésre vonatkozó szabályokról.

A pszichedelikus terápiának van egy utolsó fontos sajátossága, amelyről az alanyt mindenképpen tájékoztatnunk kell. A hagyományos orvoslásban és a pszichiátriai kezelés konvencionális formáinál íratlan szabály, hogy a javulás mértéke egyenes arányban áll a kezeléseket számával, illetve a kezelésre fordított idővel. A pszichedelikus eljárásnál és a feltáró terápia egyéb formáinál - amelyek a tüneti kezelés helyett a probléma mélyebb okainak feltárására és megoldására összpontosítanak - ez nem törvényszerű. A pszichedelikus terápiában megtörténhet, hogy a páciens tünetei egy-egy ülés után átmenetileg felerősödnek; a nagy terápiás áttörések előtt ez különösen jellemző. A felkészítés során a terapeutának világossá kell tennie, hogy ha a beteg valamelyik ülése után rosszabbul érzi magát, mint annak előtte, azt nem a terápia kudarcaként kell elkönyvelni. Ezek a változások csupán azt tükrözik, hogy az ülésen fontos tudattalan anyag aktiválódott, amelyet ez alkalommal nem sikerült maradéktalanul feldolgozni. Ha az alany az állapota ideiglenes rosszabbodását egy nyitva maradt gestalt megnyilvánulásának tekinti, akkor jóval könnyebben tolerálja az ülést követő esetleges nehéz időszakokat, konstruktívan közelíti meg ezeket, és nem veszíti el optimizmusát a kezelés végső kimenetelét illetően.

Mielőtt belefognék az LSD-ülések vezetési technikáinak ismertetésébe, szeretnék pár szót szólni a Prágában végzett pszicholitikus kutatásaim alatt tett megfigyelésekről, mivel ezek jól felhasználhatók a következőkben ismertetésre kerülő terápiás alapelvek empirikus és elméleti alátámasztására. A Prágában végzett pszicholitikus terápia során a páciensek klinikai állapota az üléseket elválasztó időszakokban jelentős kilengéseket mutatott. Egyes ülések után a klinikai tünetek alábbhagytak, néha el is tűntek, és a páciensek úgy érezték, meggyógyultak: megszabadultak problémáiktól és készen álltak rá, hogy új életet kezdjenek. Máskor a betegek klinikai állapota nyilvánvaló romlást mutatott: néha az eredeti tünetek erősödtek fel,

máskor a pszichopatológia teljesen új és váratlan formáival kellett szembenéznünk. Egyes borderline pácienseknél hosszan tartó reakciók alakultak ki, de volt példa ideiglenes pszichotikus dekompenzációra is. Voltak olyan rossz prognózisú pácienseink, akiknél első körben rendkívüli javulást értünk el, de amikor a terápiát az elért eredmények megszilárdítása érdekében tovább folytattuk, új, addig ismeretlen problémák bukkantak a felszínre.

Általánosságban elmondhatjuk, hogy a pszichedelikus terápia előrehaladtával az üléseken átélt élmények egyre pozitívabbá válnak, és a páciensek életminősége javul. Ennek ellenére úgy tűnik, nem áll módunkban, hogy az alanyok életéből minden konfliktust és problématerületet kiküszöböljünk. A személyiség alapkonfliktusai a terápiás folyamat során egyre mélyebb szinteken nyilvánulnak meg: a pszichodinamikus szinten életrajzilag determinált alakzatokként, a perinatális szinten a halál és újjászületés élményének derivátumaiként, ezen túl pedig különféle transzperszonális jelenségek alakjában. E fejlődési trendet figyelembe véve - és némi fenntartással - beszélhetünk a pszichedelikus terápia freudi, ranki és jungi fázisáról. Felhívnam az olvasó figyelmét, hogy ezek a fázisok nem feltétlenül lineáris sorrendben követik egymást, kibomlásukra számos, egyénenként változó mintázatban is sor kerülhet. Ha a sorozatos LSD-ülésekről gyűjtött adatokat statisztikailag elemezzük, azt látjuk, hogy az alanyok a terápiás folyamat első szakaszában jellemzően az életrajzi anyaggal foglalkoznak, a középső részben a halál-újjászületés folyamata dominál, az utolsó szakaszban pedig a metafizikai és filozófiai töltetű élményeké a főszerep. E fázisok mindegyikében megtörténhet, hogy valamelyik ülés negatívan zárul, és ez a klinikai állapot rosszabbodását vonja maga után.

Az adatok retrospektív elemzése azt mutatja, hogy jellemzően azokat az üléseket követték pozitív és nyugodt időszakok, amelyeken a betegnek sikerült átdolgoznia magát valamilyen részleges problémán. Ezeknek az üléseknek a lecsengő szakaszát a páciens nyugodt, feszültségtől mentes, esetenként eksztatikus állapotban töltötte. Nem voltak kellemetlen fizikai vagy érzelmi tünetek, és a múlt emlékei vagy a jövőre vonatkozó gondolatok sem vonták el az alany figyelmét, ehelyett teljesen elmerült a tiszta létezés élményében: élvezte, amint kiélesedett érzékei feltárják előtte a jelen pillanat valóságát. A pszichedelikus ülések végére minden alanyunk ilyen vagy ehhez hasonló állapotba kéne eljutnia. Tekintettel arra, hogy az ülés során aktiválódott tudattalan anyag megfelelő feldolgozása korrelációt mutat a lecsengő szakaszban átélt pozitív élményekkel, illetve az LSD-ülés kedvező kimenetelével, a kísérők jól teszik, ha a szerhatás elmúlása idején aktív támogatást nyújtanak az alany élményeinek megfelelő beteljesítéséhez.

A pszicholitikus terápia megfigyelései jó támpontot nyújtanak arra vonatkozólag, hogy ez miként végezhető a leghatékonyabban. A feszültségtől mentes, "óceáni" eksztázis élménye rendszerint olyan víziókkal párosul, amelyekben az alany gyönyörű természeti tájakat lát: tiszta vizű tavakat, fenséges és nyugodt óceánt, trópusi szigeteket, buja, zöld erdőket, virágzó réteket, gyönyörű kék eget vagy csillagos éjszakai égboltot. Hasonlóan gyakoriak a magas esztétikai értékű művészeti alkotások, gyönyörű templomok, szobrok és festmények látomásai, valamint az inspiratív zene spontán hallucinációi. Ezeknek az élményeknek gyakran kifejezett spirituális és misztikus tónusa van: az alany elmerül a természet misztériumaiban, áhítattal szemléli az univerzum teremtő erőinek játékát, de élményében megjelenhetnek a különféle kultúrák vallásaira vagy mitológiáira jellemző archetipikus szimbólumok is. Egyes alanyok a "jó anyaméh" és a "jó anyamell" élményének autentikus átéléséről számolnak be, mások arról, hogy ideális anyai gondoskodásban, szeretetben vagy baráti érzésekben volt részük.

Ezeket az elemeket a pszichedelikusan és anaklitikusan orientált terapeuták egyaránt beépítették az ülések settingjébe, hogy ezáltal elősegítsék a pozitív élmények kibontakozását. A természetben tett séta, a természet kreativitását tükröző tárgyak, a magas esztétikai értékű művészeti alkotások, a spirituális tradíciók szimbolikus festményei és szobrai, a vallásos szövegek vagy a fizikai kontaktus használata mind alkalmas rá, hogy ilyen jellegű élményeket idézzon elő. Bár e tényezők pozitív befolyását empirikus úton fedezték fel, a settingbe való beépítésük elméleti szempontból is megindokolható. Meglepő hatékonyságuk magyarázható azzal, hogy az emberi tudattalan mélyén szoros kapcsolat áll fenn az óceáni eksztázis állapota, a természeti szépség átélése, az inspirált művészeti alkotások élvezete, a spirituális érzések és a mély kielégülést nyújtó emberi kapcsolatok között. Ezeket az elemeket azért érdemes beépíteni az LSD-terápia programjába, mert elősegítik a pozitív élmények kibontakozását, ami növeli a pszichedelikus kezelés értékét, hatékonyságát és terápiás potenciálját.

A PSZICHEDELIKUS ÜLÉSEK

Ebben a fejezetben azokról a tényezőkről lesz szó, amelyek a pszichedelikus terápia ideális kezelési helyzetét jellemzik. Mivel az itt megfogalmazott elvárások a tökéletes helyzetre vonatkoznak, valószínű, hogy a gyakorlatban kisebb-nagyobb engedményekre kényszerülünk. Ideális esetben az LSD-kezelés helyszíne egy kifejezetten erre a célra kialakított, az intézmény többi részétől megfelelően elválasztott terápiás részleg, amely az épület földszintjén helyezkedik el, és külön bejáratral rendelkezik. Hasznos, ha a részleg saját konyhával és mosdóval van ellátva, így a terapeuta hosszabb megszakítások nélkül a beteggel tud maradni, és könnyebb kiválasztania a megfelelő pillanatot arra, hogy harapjon valamit vagy könnyítsen magán. Fontos, hogy a beteg gyorsan és akadálytalanul elérje a fürdőszobát, anélkül, hogy érintkezne a külvilággal vagy komplikált szociális helyzetekbe kéne bonyolódnia. Az ülések alatt megtörténhet, hogy a beteg élményeit külsőleg is lereagálja; ilyenkor üvölthet, sikíthat, moroghat, verheti az ajtót és más hasonló zajokat kelthet, ami némiképp zavaró lehet a többi páciens vagy az esetleges látogatók számára. Ezekre a helyzetekre jó előre felkészülni, és biztosítani, hogy a beteg ne érezze kényelmetlennek, ha megpróbálja kiadni magából, amit a folyamat dinamikája megkövetel tőle. Ha a terápiás részleg nem különálló épületben van, hanem egy nagyobb intézmény valamelyik osztályán, akkor érdemes gondoskodni a megfelelő hangszigetelésről is.

A helyiséget, amelyben a kezelést folytatjuk, úgy rendezzük be, mint egy kényelmes otthont. Kerüljük az éles sarkokat és a kemény, fémes felületeket, ehelyett használjunk párnákat és puha tömésű bútorokat. Ez növeli a páciens komfortérzetét, és nagyban csökkenti a baleset veszélyét, ha a páciens intenzív belső élményét külsődleges mozgásban vagy pszichodramai jelenetekben éli ki. A frissen vágott és cserepes virágok, a válogatott gyümölcsökkel, magvakkal teli tálak, az inspiráló képek, a művészeti albumok, az érdekes alakú és mintázatú kagylók, csigák és kövek az évek során szerves részeivé váltak a pszichedelikus ülések eszköztárának. A zenehallgatáshoz - ami a pszichedelikus terápia egyik legfontosabb eszköze - elengedhetetlen egy jó minőségű hifi berendezés, több fejhallgatóval.

Ha módunkban áll, a kezelés helyszínéül olyan intézményt válasszunk, amely szép természeti környezetben van. Bár az LSD-ülés első négy-öt órájában a szemkötő és a fejhallgató használata miatt a páciens nem érintkezik a külvilággal, a lecsengő fázisban fontos szerepe lehet az esztétikus környezetnek. A külvilágba tett látogatás során a beteg intim kapcsolatba kerül a természettel, és rendkívül érzékennyé válik az érzéki benyomásokra. A szép természeti környezetben tett kirándulás felejthetetlen esztétikai és spirituális élményekkel járhat, ami amellett, hogy elősegíti az ülés integrációját, lehetővé teszi, hogy a pozitív energiákat és érzelmeket az alany összekösse a hétköznapi világával. Tapasztalataink szerint a víz különösen erős hatással van az LSD-alanyokra, akik e szubsztanciának sokszor szinte mágikus jelentőséget tulajdonítanak. Ha az ülés lecsengő fázisában a páciensnek alkalma nyílik rá, hogy ússzon egyet az óceánban vagy egy tiszta vízü tóban, az sokat segíthet az élmény megfelelő lezárásában. Szerényebb körülmények között jó eredményt érhetünk el egy úszómedence, fürdőkád vagy egyszerű zuhanyzó bevetésével is.

Az LSD-üléseket érdemes a reggeli órákban elkezdni; ha megvárjuk a délutánt, az ülés hajnalig is elhúzódhat, ami felborítja az alvási ritmust. Az LSD optimális dózisa a betegek zöménél 200 és 400 mikrogramm között van; a szükséges mennyiséget főként a megoldandó pszichológiai probléma jellege, az alany személyiségstruktúrája, kora és egészségi állapota befolyásolja. A dózis megállapításánál a beteg testsúlya nem játszik túl nagy szerepet; a szerre való érzékenység, illetve a vele szemben tanúsított ellenállás nagysága főként a páciens pszichéjében megbúvó védelmi rendszerek sajátosságaitól függ. Mint azt korábban már említettük, a súlyos kényszerneurotikusokra a szélsőséges ellenállás, a hisztériás páciensekre pedig ennek épp az ellenkezője jellemző. Az LSD-nek 400 és 500 mikrogramm között van a szaturációs pontja; az ennél magasabb dózis már nem hoz érdemi változást az intenzitásban. Általában véve elmondhatjuk, hogy a "heroikus dózisok" bevetése helyett célszerűbb azonosítani, majd pszichológiai módszerek révén lebontani azokat a védelmi mechanizmusokat, amelyekkel a beteg a szer hatásának ellenáll.

Mivel az LSD orálisan is aktív, injekálásának számottevő előnye nincs. A látencia valamelyes rövidülése nem elegendő indok arra, hogy vállaljuk a fecskendő használatával járó kényelmetlenséget, valamint azt a kockázatot, hogy kedvezőtlen asszociációkat keltünk a betegben. A szer intramuszkuláris adagolása indokolt lehet azoknál, akiket klinikai problémájuk hányingerre vagy hányásra predisponál. Ha a hányásra közvetlenül a szer bevétele után kerül sor, akkor kérdésessé válhat a ténylegesen felszívódott LSD mennyisége. A múltban ehhez hasonló problémánk volt egyes rákbetegekkel, akiknél a daganat az emésztőrendszerre is áttért. Ezekben az esetekben nem volt garantálható a maradéktalan felszívódás, így az LSD-t injekció formájában kellett beadnunk.

Az LSD-ülést megelőző egy vagy két napon át tartott böjt kedvező hatású. A böjtölés felerősíti az LSD hatását, nyitottabbá teszi az alanyt a szokásostól eltérő tudatállapotokra, továbbá csökkenti az olyan kellemetlen emésztőrendszeri tünetek előfordulását, mint a hányinger vagy a hányás. Ha az alany nem böjtölt, akkor az ülést megelőző napon ne egyék nehezet vacsorára, az ülés napjának reggelén pedig kizárólag folyadékot - tejet, gyümölcslelét vagy teát - fogyasszon. Ezzel csökkenthető az LSD felszívódásához szükséges idő, és nagyrészt kiküszöbölhető a hányinger.

Az alany ruházata legyen könnyű és kényelmes, ami sehol sem szorít. A potenciális veszélyt jelentő ruhadarabokat jobb, ha már az ülés kezdetekor levesszük, így megelőzhetjük, hogy az ülés során ezzel kelljen foglalkozni. Ide tartoznak a melltartó, az öv, a túl szoros nadrág, az óra és az ékszerek, a műfogsor, a szemüveg, a kontaktlencsék, a kulcsok, a zsebkések és más hasonló tárgyak.

Az ülés kezdetén figyelmünket rövid ideig irányítsuk a jelenre, majd a szert minden további késlekedés nélkül adjuk be a páciensnek. A betegek ilyenkor gyakran mutatnak izgatottságot, és előfordul, hogy nyugtalanul vagy szorongva tekintenek az ülés elé. Ez különösen gyakori azoknál, akik első alkalommal vesznek részt pszichedelikus ülésen, de előfordulhat a tapasztaltabbaknál is. Hasznos, ha a terapeuta az indulás előtt pár mondatban tájékozik a beteg fizikai és érzelmi állapota felől, illetve megválaszolja azokat a kérdéseket, amelyek a betegben az utolsó pillanatban - talán egy álmatlan éjszaka eredményeként - ötlöttek fel. A szer bevitelével mindazonáltal nem érdemes túl sokáig várni, mert az időhúzással csak a beteg szorongását növeljük. A páciens az LSD által kiváltott tudatállapotot rendszerint jóval könnyebben tudja kezelni, mint a szer feltételezett hatásával kapcsolatos fantáziákat és rémképeket.

Az LSD bevétele után kb. 20-40 percig tart, mire a hatás első jelei megérkeznek. A látencia hossza a bevitel módjától, orális adagolás esetén a gyomorban lévő étel mennyiségétől, illetve a beteg pszichés védelmi rendszereitől függ. A felfutás idejét a páciens töltheti meditációval, hallgathat zenét, nézegethet képeket, vagy beszélgethet a terapeutákkal is. Ha az üléssel a betegnek az a célja, hogy mélyebb betekintést nyerjen hozzátartozóihoz fűződő viszonyába, akkor hasznos lehet egy családi album lapozgatása, a rokonok képeinek nézegetése.

Amikor a páciens érezni kezdi a szer hatását, megkérjük, hogy feküdjön le a kanapéra, és tegye fel a szemkötőt. A szemkötő kizárja a külső vizuális ingereket, így az alany könnyebben rá tud hangolódni a belül kibontakozó élményvilágra. Az elkövetkező négy-öt órában jó, ha a páciens mindvégig ebben a helyzetben marad, és az élményt amennyire lehet, internalizálja. A szemkötő mellé egy sztereó fejhallgató is jár, amelyből kifejezetten az alkalomhoz választott zene szól, ennek szintén az a funkciója, hogy segítsen eloldódni a külvilágtól és elmerülni az élményben. A kísérők feladata, hogy támogatást és védelmet nyújtsanak az alanynak, gondoskodjanak pszichológiai és fiziológiai szükségletei kielégítéséről, hozzájáruljanak élménye minél teljesebb kibontakoztatásához, illetve kezeljék pszichés ellenállásának megnyilvánulásait.

A túlzott beszédet a szerhatás időtartama alatt jobb, ha kerüljük. Különösen igaz ez, amikor az alanynek beszédkénszere támad: dől belőle a szó, és az élményt megpróbálja intellektuálisan analizálni. Az ilyesfajta viselkedés gyakran védelmi mechanizmus megnyilvánulása, és jelentősen gátolja az élmény kibontakozását. Hasonlóképpen ellenjavallt, hogy a terapeuta hosszas magyarázattal és interpretációval lássa el a beteget, vagy a páciens aktív figyelmét igénylő beszélgetést folytasson vele. Nagy dózis hatása alatt a pszichedelikus élmény annyira összetett és sokoldalú, továbbá az átélések olyan nagy sebességgel követik egymást, hogy azt lehetetlen szavakba önteni. Emellett a szer hatása gyakran rontja az alany kommunikációs és kifejező képességét is.

Amikor az élmény tetőzik, jól tesszük, ha a verbális kommunikációt a legszükségesebb minimumra korlátozzuk. Az alanyt időről-időre megkérhetjük, hogy adjon rövid, pár mondatos jelentést a helyzetről, amiből a kísérők megállapíthatják, merre jár. Egy tapasztalt kísérőnek kérdezősködni sem kell: az alany viselkedéséből és az élményt kísérő verbális megnyilvánulásokból rendszerint elegendő információt kap a helyzet megítéléséhez. Különösen igaz ez arra az esetre, amikor az alany viselkedése a kísérőt saját LSD-vel szerzett élményeire emlékezteti. Ha a páciens arca agresszív kifejezést ölt, kezét ökölbe szorítja, primitív hangokat bocsát ki, és olyan mondatok hagyják el a száját, mint "Istenem, micsoda mélysárszék", vagy "Átélttem minden háborút a világ kezdete óta", akkor ez egy tapasztalt kísérőnek épp elegendő információ. Ha egy mély nyugalomban lévő, eksztatikus örömtől ragyogó alany azt mondja, hogy "Nem tudom megkülönböztetni a dolgokat, feloldódtak a határok, minden összefolyik az Egybe", az szintén nem igényel további magyarázatot. Az alany testének érzéki mozgása, vagy a szeretkezésre, szexre és orgiára utaló hangok szintén elég egyértelmű utalások. Ha a terapeuták ennél kifinomultabb narratívát vagy részletesebb leírást kívánnak, az már nem az alany, hanem az ő érdekeiket szolgálja. Mivel a páciens rendszerint tisztán

emlékszik az ülés eseményeire, azok átbeszélésével és elemzésével nyugodtan várhatunk az ülés utáni. Ez alól egyetlen kivétel van: ha az alany erős ellenállást tanúsít az élménnyel szemben, akkor a terapeutának pontos információt kell kapnia, hogy segíthessen elhárítani a folyamat útjában álló akadályokat.

Ha a páciens hosszabb ideig semmilyen visszajelzést nem ad, akkor célszerű nagyjából fél óránként rákérdezni, mi a helyzet; ezzel fenntarthatjuk a terápiás kapcsolatot, tippet kaphatunk a folyamat alakulásáról, illetve megnyugtathatjuk a páciens, ha erre szükség mutatkozik. A beteg élménye felőli tájékozódás azért is fontos, mert így a kísérők ki tudják választani azt a zenét, amely az alany pszichológiai állapotához a lehető legjobban illeszkedik. Ettől eltekintve jól tesszük, ha az alannal folytatott kommunikációhoz inkább a nonverbális csatornákat vesszük igénybe. Ide tartozik az alany kezének megfogása, a beteg simogatása, ringatása, valamint az élményben való pszichodramatikus részvétel. A betegnek szilárd támadási felületet nyújthatunk, amikor neki akar feszülni valaminek; az akupresszúrával, masszázzsal és más hasonló manőverekkel pedig felerősíthetjük a fizikai érzetek intenzitását. Ezekre a beavatkozásokra főként az ülés lecsengő szakaszában szokott sor kerülni. A fizikai kontaktust igénylő technikák alkalmazása során fontos, hogy mindvégig elevenen tartsuk a beteggel kialakult bizalmi kapcsolatot, és megőrizzük az együttműködés játékos jellegét. Ennek dacára könnyen megtörténhet, hogy az élmény sodrásában a szituáció hirtelen túl valóságossá válik, és a beteg a terapeutát segítő helyett támadóként azonosítja. A fizikai jellegű beavatkozásokat így az ülés kezdeti szakaszában jobb elkerülni - kivéve, ha a terapeuták meg vannak győződve arról, hogy ehhez adott a megfelelő mélységű terápiás kapcsolat. A terápiás interakció másik fontos aspektusa, hogy a terapeuták odafigyelnek a páciens igényeire: betakarják, ha fázik, arcáról letörlik az izzadtságot, eltávolítják róla a taknyot vagy a nyálát, kiszáradt száját benedvesítik és vizet hoznak neki, ha szomjas.

Ha az ülés komplikációmentesen és simán alakul - az alany mindvégig fekvő helyzetben marad, nem veszi le a szemkötőt vagy a fejhallgatót, élményeit internalizálja, és a tudattalanból felmerülő anyag sem okoz neki különösebb gondot -, akkor az eddig elmondottak elegendőek lehetnek az ülés sikeres levezetéséhez. Ilyenkor a terapeutáknak nincs sok dolguk: hallgatják a zenét, meditálnak, és megpróbálnak ráhangolódni a páciens élményére. Gyökeresen más a helyzet akkor, ha az alany nem képes tolerálni, amit átél, és nem hajlandó átengedni magát az élménynek.

Az ellenállás enyhébb formái közé tartoznak a különféle elkerülő manőverek: az alany leveszi a szemkötőt és felül, kijelenti, hogy kávézni vagy cigarettázni szeretne, triviális dolgokról fecseg, járkálni kezd, vagy elhatározza, hogy sétára indul. Ugyanennek drámaibb változata, amikor az alany a tudattalanjából felmerülő anyagot a kísérőkre és a terápiás helyzetre vetíti ki. Ilyenkor a páciens mindenáron látni akarja a kísérőket, intellektuális vitát kezdeményez velük, magánéletükről és személyes problémáikról faggatja őket, vagy kritizálja az ülés szabályait és körülményeit. Extrém esetben teljesen elveszítheti azt a belátását, hogy projekciói szimbolikus jellegűek, és tényleges valóságnak hiszi azokat. Ez leginkább olyankor fordul elő, amikor az alany halálos veszélyben érzi magát, illetve az örületől vagy a homoszexualitással való féltéstől retteg. A kísérők iránti bizalom az élmény intenzitása folytán annyira megrendülhet, hogy az alany menekülni akar a helyzetből és egyúttal a szobából is: a belső veszélyt teljes egészében rávetíti a külső szituációra.

Ha az alany nem képes fekvő maradni, a körülötte zajló történéseket erőteljes torzítással interpretálja, vagy hajlamot mutat az acting out-ra, akkor a kísérőknek aktív szerepet kell vállalniuk a helyzet alakításában. Ugyanennek a szituációnak egy enyhébb változatánál a páciens nem veszi le a szemkötőt és a fejhallgatót, ám érzéseit mégis a kísérőkre vetíti, ahelyett, hogy azok forrását belső világában próbálná megtalálni. A pszichedelikus üléseken felmerülő problémák kezelésének alapvető stratégiájával és technikáival egy későbbi fejezetben részletesen is foglalkozunk (100-109. oldal).

Egy pszichedelikus ülés sikerének elengedhetetlen feltétele, hogy az alany mindvégig biztonságban érezze magát, és a terapeuta teljes, osztatlan figyelmét magáénak tudja. Ha a kísérők az alany jelenlétében telefonálnak, engedélyt adnak rá, hogy valaki kopogjon az ajtón, vagy más dolguk lévén időről-időre elhagyják a kezelőhelyiséget, akkor nem valószínű, hogy az ülés simán, produktívan és sikeresen fog lezajlani. A terápiás folyamatot hosszú időre megrekesztheti, ha az alany épp akkor ér élményében a kritikus pontra, amikor a terapeuta valamiért nincs jelen, vagy az ülést kellemetlen külső hatás zavarja meg. Egy ilyen krízis következtében a beteg elveszítheti a terapeuta feltétel nélküli, szüntelen támogatásába vetett hitét, és talán soha többé nem lesz képes önkontrollját feladva szembesülni tudattalanjának nehezen megközelíthető területeivel.

Ideális esetben a páciens egy férfi és egy nő alkotta terápiás diád kíséri, akik a szer hatása alatt mindvégig mellette maradnak. Nem hátrány, ha a kísérők jól ismerik egymást, jó viszonyban vannak és gyakorlottak a közös munkában. A terápiás diád használatát több dolog is indokolja. Az ülés során adódó

szerepek közül egyeseket férfi, másokat inkább nő tud hatékonyan felvállalni. Általában véve elmondhatjuk, hogy a nők jobban értenek a páciens megnyugtatásához, ringatásához és fizikai támogatásához; a férfi terapeutára ilyen kontextusban csak akkor van szükség, ha az alany apja korai elvesztésének pszichológiai következményeivel szembesül, vagy valamilyen egyéb okból szükségét érzi, hogy érzelmeit egy apafigura felé nyilvánítsa ki.

Ha az alany belső küzdelmeit pszichodramatikus formában fejezi ki, ennek támogatása fizikai erőt igényelhet; ilyenkor jobb, ha a játékban a férfi kísérő vesz részt - kivéve, ha az eljátszandó élményben konkrét nőalak szerepel. A terápiás diád használatának másik oka, hogy az Oidipusz-háromszöggel kapcsolatos gyermekkori problémák először rendre az alany és a terápiás diád viszonyának projektív torzulásaiban jutnak kifejeződésre. Vannak bizonyos transzperszonális élmények - például az archetipikus konstellációk vagy az elmúlt inkarnációk emlékei -, amelyek kibontakozásánál szintén hasznos, ha az ülésen mindkét nem jelen van. A két nem egyidejű bevonásának tehát nem csupán a feladatok megosztása szempontjából van jelentősége, hanem azért is, mert ezzel elősegíthető bizonyos élmények kibontakozása. Ezen túlmenően a terápiás diád megfelelően széles vásznat biztosít az alany evokatív projekciói számára. Bár a projekciókban való elmerülés rendszerint ellenjavallt, ha az alany kivetítéseivel konstruktív módon tud közelíteni, akkor ezek rendkívüli mélységű belátások forrásaivá válhatnak.

Az LSD-pszichoterápia egyik kulcsfontosságú tényezője a zene. A következőkben megismerkedünk a zene üléseken játszott szerepével, sorra vesszük az egyes darabok kiválasztását vezérlő alapelveket, majd kitérünk ezek gyakorlati alkalmazására is. A pszichedelikus terápiában a zenének több fontos funkciója is van. Egyrészt erőteljes érzelmeket generál, ami elősegíti, hogy az alany elmerüljön a pszichedelikus folyamatban. Emellett értelmezési keretet és struktúrát kínál az élmény számára: egy állandóan jelenlévő "vivőhullámot" hoz létre, amelyen utazva a páciens könnyebben túljut a nehézségeken és átlendülhet az élmény holtpontjain. Az LSD-alanyok gyakran említik, hogy a zene áramlása miként segítette őket pszichés védelmi mechanizmusaik elengedésében, az élménynek való önátadásban. A zene fenntartja a folyamatosság érzését, stabil hátteret, kapaszkodót nyújt a szokatlan tudatállapotok között vándorló páciens számára. Az LSD-ülések alanyai gyakran panaszkodnak arról, milyen zavaró, amikor a zene hirtelen véget ér és arra kell várniuk, hogy a kísérők megkeressék a következő szalagot. A zenében beálló szünet az élményben is fájdalmas hiányt hoz létre: a betegek úgy érzik, mintha repülés közben hirtelen megmerevedtek volna. A zene további funkciója, hogy a terapeuta befolyásolhatja vele az ülés alakulását: a megfelelő darabok kiválasztásával az alanyban agressziót, szexuális érzést, pszichedelikus áttörést vagy transzcendens élményt lehet kiváltani. Végül - amint ezt egy korábbi fejezetben már említettük - a zene fontos szerepet játszik az ülés lecsengő fázisának, az alany visszatérésének strukturálásánál.

Ami a zenei darabok kiválasztását illeti, itt ennek csak általános alapelveit ismertetem, illetve felsorolok párat azon alkotások közül, amelyek saját praxisomban jól beváltak.² Egy idő után minden LSD-terápiás csapat összegyűjti azokat a zenéket, amelyeket az ülés egyes fázisaikhoz, illetve a gyakran előkerülő helyzetekhez a legalkalmasabbnak ítél. A zene kiválasztásánál az első és legfontosabb szabály, hogy ne akarjunk a pszichedelikus folyamatnak merev dramaturgiát szabni. Ehelyett próbáljuk kitalálni, hogy az alany mit él át, figyeljük az ülés intenzitását és tartalmi elemeit, majd ezek figyelembe vételével válasszuk ki azt a zenét, ami az adott helyzethez a lehető legjobban illeszkedik. Érdemes olyan darabokat választani, amelyek magas esztétikai értékkel rendelkeznek, de nem tartalmaznak túl sok konkrétumot. Kerüljük az olyan dalokat és vokális darabokat, amelyek szövege valamilyen konkrét témára utal. Ha mégis vokális művet választunk, olyat keressünk, amelynek nyelve ismeretlen az alany előtt; így elkerülhetjük, hogy a szöveg konkrét asszociációkat váltson ki. Hasonló okból nem érdemes olyan darabot választani, amelyhez az alanyok zöménél előre jelezhető asszociációk kapcsolódnak. Például Beethoven ötödik, Sors szimfóniájának nyitánya az alanyban könnyen egy végzetes esemény előérzetét keltheti, Wagner *Lohengrinjének* vagy Mendelssohn Szentiván-éji *álmának* nászindulója egy esküvő, Bizet *Carmenje* pedig egy bikaviadal atmoszféráját idézheti fel. Liszt *prelűdje* az idősebb cseh alanyokban háborús emlékeket idéz, mert a náci propagandagépezet ezt a művet használta az utcai hangszórókon közvetített napi hírek szignáljaként.

A zene pszichedelikus ülésen történő használatával szemben felmerülhet az a figyelemre méltó ellenérv, hogy még ha sikerül is elkerülni a fenti példákkal szemléltetett durva programozást, a zene kiválasztásával akkor is erőteljesen strukturáljuk a pszichedelikus élményt. Ez úgy tűnik, éles ellentmondásban van azzal, hogy az alanyt élménye internalizálására biztatjuk, és szemkötő segítségével próbáljuk elzárni a külvilág optikai ingereitől. Az ideális megoldás talán az lenne, ha az alanyunk fehér zajt - egy hanggenerátor által előállított véletlenszerű akusztikai folyamat - közvetítenénk. Az LSD-alanyok a fehér zajba rendszerint belevetítik saját élményeiket, így pontosan azt a zenét hallják, ami élményükhöz a legjobban illeszkedik.

Más szóval az alanyok a szer hatása alatt képessé válnak rá, hogy a nemspecifikus akusztikus ingereket egy illuzórikus transzformáció révén konkrét zenévé alakítsák. A monoton hangok, a különféle elektromos berendezések hangjai vagy az óceán hullámverése szintén betölthet hasonló szerepet.

A zene használatából eredő programozás veszélyei szerencsére nem annyira komolyak, mint amilyenek tűnnek. Az élmény zene általi manipulációjának és irányításának megvannak a maga korlátai. Ha az alany érzelmileg különösen nehéz helyzetbe kerül, akkor mindegy, milyen zene szól, mindent torznak és lehangolónak fog találni. A szélsőségesen pozitív élményeknél hasonló a helyzet: ezek hatása alatt az alany minden ingert lelkesen fogad, és nincs olyan zene, amelyet ne találna valamilyen szempontból érdekesnek és találónak. A zene csak akkor tudja hatékonyan befolyásolni az élmény alakulását, ha az alany valahol a két érzelmi véglet között helyezkedik el. A kifejtett hatás azonban még ekkor sem egyértelmű: a zene általános atmoszférája és érzelmi tónusa mindig az alany személyiségén átszűrődve nyeri el az adott helyzetre vonatkozó konkrét jelentését. A zene hatására előálló tapasztalatok így továbbra is az alany személyes tudattalanjának megnyilvánulásai: az illető emlékeit tükrözik, és valamilyen önfeltárást gestaltot reprezentálnak. Megállapíthatjuk továbbá, hogy a zene befolyásoló hatása nem kibővíti az általa kiváltott vagy modulált pszichedelikus élmény terápiás jelentőségét.

Bár az ülés előtt jó, ha tájékozódunk az alany zenei ízléséről, a tényleges program összeállításakor ne az ő preferenciái, hanem a kísérők tapasztalatai alapján járjunk el. Ez alól csak az ülés utolsó órái képeznek kivételt: ha a terápiás munkán már túl vagyunk, az alany szabadon megválaszthatja, mit szeretne hallgatni. Az ülések zenei programja többnyire a pszichedelikus élmény szokásos lefolyását tükrözi. A felfutási fázisban, a várakozás időszakában csendes és nyugodt zenét érdemes feltenni. Amikor az élmény beindul, váltsunk át kinyíló, építkező jellegű művekre. Másfél óra elteltével a páciens rendszerint teljesen a szer hatása alá kerül; ilyenkor feltehetjük az igazán erőteljes és evokatív darabokat. Ha a nyugati világ zenei hagyományából merítünk, jó választás lehet a klasszikus zene, például a híres mesterek kevésbé közismert szimfóniai és koncertói. A Spring Grove-i terápiás programban gyakran használtuk Johannes Brahms, Robert Schumann, Szergej Rahmanyinov, Edvard Grieg, Ludwig van Beethoven, Hector Berlioz, Richard Strauss, Richard Wagner, Antonín Dvořák és Alekszandr Nyikolajevics Szkrjabin műveit. Az LSD hatása jellemzően a negyedik órában kulminál, ilyenkor az alany előtt megnyílik az érzelmi vagy spirituális áttörés lehetősége. Ebben a szakaszban erőteljes, lehangoló hatású zenét érdemes feltenni, amely transzcendens minőséggel is rendelkezik; ilyenek például az oratóriumok, rekviemek vagy misék, amelyekben a nagyzenekart kórus kíséri. Wolfgang Amadeus Mozart, Johann Sebastian Bach, Georg Friedrich Händel, Hector Berlioz, Giuseppe Verdi, Charles Gounod és Francis Poulenc művei tipikus példái ennek a kategóriának. Ebben a fázisban meglepően erőteljesnek és hatékonyan bizonyultak az örmény-skót származású amerikai zeneszerző, Alan Hovhanness darabjai, amelyek azért is ajánlottak, mert viszonylag kevésbé ismertek, így nem kapcsolódik hozzájuk semmilyen a priori asszociáció. Az ülés lecsengő fázisához érdemes csendes, megnyugtató, lassú folyóként áramló, időtlenséget sugárzó zenét választani; ilyenek a klasszikus gitárra és hárfára komponált művek, valamint Johann Sebastian Bach és Antonio Vivaldi egyes darabjai. A kortárs zeneszerzők, köztük Georg Deuter, Steve Halpern, Paul Horn vagy Paul Winter felvételei ebben a kontextusban szintén jól hasznosíthatóak. Az orientális zenei tradíció alkotásai közül jó választásnak bizonyultak Ravi Shankar művei, a zen meditációs zenék, a japán szerzők bambuszfuviolára írott művei, illetve egyes polinéz dalok.

Ezek a javaslatok az általános irányelveket tükrözik; a gyakorlatban a választott zene mindig az alanyon és az ülés tényleges körülményein múlik. Ha az alany arról számol be, hogy élménye egy konkrét kultúrához kötődik, akkor a kísérőknek ehhez illő zenét érdemes választani. Az élmény érzelmi tónusa szintén jelezheti, milyen típusú zenére van szükség; megfelelő választással fokozhatjuk az agresszív és szexuális természetű érzések, a fizikai és érzelmi fájdalom vagy a transzcendens átélések mélységét.

Az évek során felfedeztem, hogy a népzene - különösen azok a hangzások, amelyeket egyes vallási tradíciókban módosult tudatállapotok előidézésére használnak - rendkívüli hatással lehetnek a pszichedelikus élményre. Mivel e művek némelyike az átlagos nyugati ember számára fölöttébb szokatlan lehet, jobb, ha csak azoknál vetjük be őket, akik járatosak az illető tradíció vallási hagyományában. E kategória kiemelkedő példái a hindu kirtanok, a tantrikus buddhista hagyomány multi-vokális kántálása, a balinézek majomtánca (kecak) és más, transzállapot előidézésére szolgáló zenéi, az Ázsiából, valamint Észak- és Dél-Amerikából származó sámánzenék, a kongói pigmeusok vokális előadásai ("hocketing"), a Kalahári-sivatag kung busmanjainak transztáncai, valamint a szúfik szakrális zenéje. Érdemes kipróbálni a görögök szirtaki táncának kísérő zenéjét, az andoki indiánok fuviolázását, az afrikai oudra komponált műveket, a bengáli baul dalokat, az örmények liturgikus énekeit és a spanyol flamenco gitármuzsikát is.

Ha az alany együtt tud maradni az élménnyel, akkor a terapeutának nincs más dolga, mint hogy az ülés alakulásának megfelelően váltogassa a zenét, támogatást, védelmet és bátorítást nyújtson a páciensnek, illetve gondoskodjék alapvető igényei kielégítéséről. A szer bevételeitől számított hat óra elteltével, amikor a hatás kezd alábbhagyni, elérkezik a pszichedelikus ülés legkritikusabb szakasza. A kísérőknek ekkor elő kell lépniük, és aktív szerepet kell vállalniuk a folyamat megfelelő lezárásában. A kimenetelt nagyban meghatározza, hogy az alany a szer hatásának elmúlása idején milyen érzelmi és pszichoszomatikus állapotban van. Ez akkor is így van, ha az illető előzőleg mély transzcendens élményt élt át; a lecsengő fázisban, kifelé jövet mindenki találkozhat olyan pszichodinamikus anyaggal, ami megfelelő feldolgozás híján negatív utóhatáshoz vezethet. Ennek ellenkezőjére éppúgy van példa: egy rendkívül nehéz, paranoid állapotokkal és pokoli élményekkel tarkított ülés is hozhat rendkívüli terápiás javulást, ha az alany élményeit megfelelő módon képes integrálni. A kísérők kétféleképpen facilitálhatják az élmények integrálását és az ülés pozitív kimenetelét: egyrészt hozzásegíthetik az alanyt a hátramaradt tudattalan anyag feldolgozásához, másrészt olyan elemekkel gazdagíthatják a terápiás helyzetet, amelyek pozitív érzelmi állapotot idéznek elő.

Amikor a szer hatása kezd alábbhagyni, fontos, hogy részletes információt nyerjünk az alany érzelmi és pszichoszomatikus állapotáról. Ha a páciens kényelmetlenséget érez - például depresszióba süllyed, bűntudatot vagy elfojtott agressziót érez, a gondolkodása önmagába visszatérő hurkot követ, fáj a feje, hányingere van, fájnak az izmai, görcsöl a hasa vagy nehezen lélegzik -, akkor itt az idő, hogy a terapeuták akcióba lendüljenek. Ennek lehetőségére már az ülés előkészítő fázisában fel kell hívni az alany figyelmét. Az első lépés kideríteni, pontosan mi a gond: talán egy gyermekkori emléket, egy perinatális élménysorozatot, egy elmúlt inkarnációs témát vagy valamilyen más transzperszonális élményt nem sikerült maradéktalanul át-, illetve újraélni. Az alanyt arra kérjük, figyelje meg saját testét: derítse ki, hol érez fizikai fájdalmat, feszültséget vagy más olyan rendellenességet, amely energiablokk jelenlétére utal. A tapasztalatok azt mutatják, hogy kivétel nélkül minden érzelmi feszültségnek és beteljesületlen pszichológiai gestaltnak megvan a maga szomatikus vetülete; a kísérők beavatkozásához ezek a tünetek jelentik a kiindulópontot.

A kísérők megkérik az alanyt, hogy maradjon fekvő helyzetben, hunyja le a szemét vagy vegye fel a szemkötőt. Arra kérik, hogy próbálja megállítani az intellektuális analízist ("kapcsolja ki a gondolkodást"), és kezdjen intenzív hiperventillációba. A légzés a szokásosnál gyorsabb és mélyebb legyen; az alany kövesse a levegő útját, ahogy az bejut a testébe, majd leszáll egészen a medencetájéig. Ez a hiperventillációs technika minden olyan érzelmi anyagot aktivál, ami már a felszín közelébe került, de még nem sikerült teljesen napvilágra hozni. A kísérők megkérik az alanyt, hogy figyeljen oda saját testére, és igyekezzen teljesen átadni magát a légzés nyomán kibontakozó folyamatnak. Ha a helyzet úgy kívánja, felvehet különféle testhelyzeteket, mozoghat, grimaszolhat, kiabálhat, remeghet, sírhat vagy köhöghet, ahogy tetszik. Egy ponton a kísérők is csatlakoznak a helyzethez: miután egyezsége jutottak az abban játszott szerepüket illetően, különféle technikákkal elkezdik fokozni az alany által jelzett kellemetlen fizikai érzetek intenzitását. Ha például az alany arról panaszkodik, hogy nyomást érez a fején vagy fáj a feje, a kísérők egyike kezét a páciens fejére helyezi, és az általa elmondotthoz hasonló nyomást vált ki. Ha a páciens úgy érzi, nyomás alatt van a mellkasa és nehezen kap levegőt, akkor még jobban megszorítják a mellkasát a bordáknál vagy a kulcscsont alatt. A hányinger oly módon aktivizálható, hogy masszírozzuk a páciens hasát, miközben ritmikusan ingereljük a felső hastájékot; az izomfájdalmat előtérbe hozhatjuk, ha az érintett területen a rolfinghoz hasonló mély nyomást alkalmazunk; a medencetájékon tapasztalt feszültséget úgy erősíthetjük fel, hogy az ágyékokat felemeljük. A beavatkozást a légzés ritmusával és a páciens élményével összhangban kell végrehajtani. A kísérőknek mozgósítaniuk kell a fantáziájukat és az intuíciójukat, hogy rájöjjenek, melyik a legmegfelelőbb kifejezési forma, amelyben a szóban forgó gestalt megnyilvánulhat. Bár ezt a technikát az LSD-vel folytatott munkám során fejlesztettem ki, később nagy sikerrel alkalmaztam olyan tapasztalati kiscsoportokon is, ahol a szer használatára nem került sor.

A módszer arra az elképzelésre épül, hogy az alanyban tudatosuló érzelmi és fizikai kellemetlenség egy felmerülni készülő tudattalan mátrix tartalmának felszíni megnyilvánulása. Ezeket a mátrixokat úgy dolgozhatjuk fel, ha a bennük tárolt tartalmakat felszínre hozzuk, tudatosítjuk és a hozzájuk kötődő emlékeket azok eredeti formájában és intenzitásával újraélni. Ha a mátrixhoz kapcsolódó felszíni tünetekre ráerősítünk, azzal elősegíthetjük a tudatos élmény és a felmerülni készülő tudattalan gestalt konvergenciáját, egészen addig a pontig, ahol a kettő egyesül és azonossá válik. A szóban forgó tudattalan témát így energetikai úton "kisüthetjük"; ezzel egyidejűleg a neki megfelelő, tüneteket produkáló dinamikus struktúra is feloldódik, amit a páciens hirtelen megkönnyebbülése és a beteljesedettség érzése követ. Bár az optimális lezárást, és az ezzel járó feszültségtől mentes, "óceáni" állapotot nem mindig sikerül elérni, jó, ha a kísérők ezt a célt tartják szem előtt.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy az LSD-üléseken a fent ismertetett technika használatával megfelelő lezárás és integráció érhető el. Mint azt később részletesen is kifejtem, e módszer jól összeegyeztethető több, a pszichoterápia tapasztalati ágaiból származó megközelítéssel, sőt kombinálható is azokkal. Az eklektikától nem idegenkedő terapeuták a pszichedelikus kezelés során eredménnyel használhatják a gestalt pszichológia eljárásait, a bioenergetikai gyakorlatokat, a rolfingot, az irányított affektív vizualizációt, a hatha jóga ászanait vagy az ős-sikoly terápia egyes elemeit. Ha az LSD-üléseket egy terápiás közösség keretein belül folytatjuk, akkor a lecsengő szakaszban segítségül hívhatjuk a csoport többi résztvevőjét, akik segíthetnek a fennmaradó problémák feldolgozásában: életre kelthetik a szülőcsatornában vívott "véres csatát", megnyugtató fizikai támogatást nyújthatnak, együtt fürödhetnek az alannal egy meleg vízű medencében, vagy a közös éneklés révén "transzperszonális erőteret" hozhatnak létre.

Ha a páciens minden hátramaradó feszültségét sikerült kioldani - vagy a terapeuták úgy látják, hogy az ehhez szükséges feltáró munka már túl erőteljes manővereket igényelne -, akkor a kísérők technikát váltanak: olyan pozitív elemekkel gazdagítják a terápiás helyzetet, amelyek elősegítik a páciens élményének integrálását. A fizikai kontaktus - akár egyénileg, akár a csoport szintjén történik - jó hatással lehet a páciens komfort- és biztonságérzetére. A természetben tett séta és az ezt kísérő érzéki tapasztalat szintén gyakran vezet pozitív, sőt eksztatikus érzelmi állapothoz. A virágok és a fák látványa, a fűben üldögélés, a széna illata vagy egy naplemente olyan erőteljes élményt nyújthat, ami az ülés után sokáig emlékezetes marad. Korábban már utaltunk a víz jelentőségére: a lecsengő szakaszban egy úszásnak, fürdőnek vagy tusolásnak rendkívül pozitív hatása lehet. Az LSD-alanyok a vízzel való érintkezést ilyenkor nem csupán fizikailag, de érzelmileg és spirituálisan is tisztító hatásúnak érzékelik. A víz felszínre hozhatja bennük a csecsemőkori fürdetések hangulatát, a magzati lét vagy a korai filogenetikai stádiumok emlékeit, de elvezetheti őket a differenciálatlan egység állapotába is.

Ha az alany minden fontosabb problémája feldolgozásra került, akkor eljön az ideje a szociális szférába való visszatérésnek. A kísérők ezen a ponton - a páciens előzetes engedélyével - behívják a kezelőhelyiségbe az alany ismerőseit és rokonait, akik addig odakint várakoztak. A körülményektől függően ez lehet egyetlen személy - például az alany házastársa, élettársa vagy jó barátja -, de családtagok és barátok csoportja is. A látogatókat arra kérjük, legyenek tekintettel az alany igényeire, és vegyék figyelembe különleges tudatállapotát. Hogy a találkozó egy csendes meditáció, szavak nélküli együttlét, vagy egy joviális társadalmi esemény alakját ölti, az teljesen az alanytól függ. Ebben a helyzetben gyakori, hogy a résztvevők között az egyenes, őszinte kommunikáció új csatornái nyílnak meg.

Saját praxisunkban az volt a gyakorlat, hogy a rokonok és a barátok a páciens egy különleges, "pszichedelikus" ebéddel ajándékozták meg, amely különféle ételekből, rágcsálnivalókból, valamint érdekes színű, ízű és tapintású gyümölcsökből állt. Ebben a kontextusban különösen népszerűek voltak a kínai, indonéziai, indiai és japán ételek. Egy megfelelően integrált pszichedelikus élmény után az alanyok zöme imád az ételekkel kísérletezni; felfedezik, hogy az étkezés olyan kvalitásokkal és dimenziókkal rendelkező kaland lehet, amiről addig nem is álmodtak. Ugyanakkor megtörténhet, hogy az alany az ülés után hányingere van, vagy valamilyen más okból nem kívánja az ételt. A látogatóknak ezt megértéssel kell fogadniuk, nem szabad erőltetniük, hogy kóstolja meg, amit hoztak neki. A résztvevők valamennyien azt az instrukciót kapják, hogy legyenek tekintettel a páciens pszichológiai terére. Ez a hozzáállás az ülés napjának általános orientációját tükrözi: a beteg szabadon eldöntheti, mit akar és mit nem akar megenni, továbbá ez irányú döntéseiben számíthat a kísérők, a barátok és a rokonok támogatására. Az ülés napjának implicit és explicit üzenete az, hogy "ez a te napod", amit a kísérők számos módon igyekeznek érzékeltetni és alátámasztani. A rokonokkal és a barátokkal való találkozás fontos esemény, így lebonyolításakor ennek megfelelő körültekintéssel járjunk el. Fontos, hogy ne cselekedjünk rutinból: mindig figyeljünk oda az aktuális körülményekre. Vannak esetek, amikor bölcsebben tesszük, ha nem hívjuk meg a rokonokat, sőt egy előre megbeszélte találkozót is lemondhatunk, ha ezt az alany állapota indokoltá teszi.

Jó, ha az ülés napját követő éjszakát az alany az intézményben tudja tölteni. Amennyiben a körülmények és az alany állapota megengedi, a házastárs, egy közeli rokon vagy egy jó barát egész éjszaka az alany mellett maradhat. Egy éjszakás nővér és az ülést kísérő terapeuták egyike egész éjszaka álljon készenlétben arra az esetre, ha bármilyen nehézség merülne fel. Főként a nem kielégítően lezárt üléseknél fordul elő, hogy az alanyban elalvás előtt, az éjszaka folyamán, vagy reggel, ébredés előtt váratlanul felszínre törnek a feldolgozatlanul maradt, intenzív érzelmek.

Ha az ülés reggel kezdődött, akkor az esetek nagy részében nincs gond az elalvással, különösen, ha az élmény lezárása és integrálása sikeres volt. Ha az ülés későn kezdődött vagy az alany nem sikerült beteljesítenie a felszínre került érzelmi és pszichoszomatikus gestaltokat, akkor az esti elalvás problémába

ütközhet. Az altatók és a nyugtatók használatát jobb, ha kerüljük, mert ezek hátráltatják a tudattalan anyag természetes integrálódását. Bár a páciens így veszíthet pár óra alvásidőt, ezt az árat érdemes megfizetni a tisztább lezárás és a kedvezőbb hosszú távú eredmény érdekében. Ha a beteg álmatlanságát az okozza, hogy az ülésen átélt élmények következtében túl izgatottá vált, akkor megengedhető a Librium, Várium vagy valamilyen barbiturát használata.

Alapvető szabály, hogy az LSD bevitelét követő 24 órában az alanyt nem szabad egyedül hagyni. Nem árt, ha az alany az ülés napjának estéjét és éjszakáját csendes, meditatív hangulatban tölti, és nem ugrik egyből fejest a komplikált interperszonális problémák megoldásába. Ha éjszakára beköltözik hozzá a partnere, javallott, hogy az időt csendes, nem verbális kommunikációval töltsék el. A partner ne erőltesse a beszédet vagy a szexuális interakciót - kivéve, ha ez az alanyak sincs ellenére.

AZ ÉLMÉNYEK INTEGRÁLÁSA

Az ülés napját követő reggelen a pácienszt hagyjuk aludni. Ez a nap a pihenés és a lazításé; jó, ha az alany egész nap csendes, meditatív tudatállapotban marad. Érdemes kimenni a természetbe, napfürdőt venni, vagy úszni egyet. A zenehallgatás szintén hasznosnak bizonyulhat, különösen, ha az alany azokat a darabokat hallgatja újra, amelyeket az ülésén is hallgatott. A nap második felében a kísérők egy hosszabb interjúra invitálják a beteget, ahol részletesen beszámolhat az előző nap szerzett élményeiről, illetve átbeszélheti a terapeutákkal ülése zavarba ejtő motívumait. A közös megbeszélés elősegíti az átéltek integrálását, továbbá segít megtalálni az élmények helyét az alany mindennapi életében. Az ülés során tapasztalt áttételes jelenségek különös figyelmet érdemelnek, ezek analízisét mindenképpen érdemes elvégezni. A Maryland Pszichiátriai Kutatóközpontban a kezelőhelyiségek mindegyike kamerás megfigyelőrendszerrel volt ellátva. Azok az alanyok, akik kérték vagy beleegyeztek abba, hogy ülésüket videoszalagra rögzítsük, a következő nap megtekinthették a róluk készült felvételt. Ezt az eljárást rendkívül hasznosnak találtuk, mert így a betegek szubjektív benyomásait egy objektív, személyes előítéletektől mentes képpel is kiegészíthették.

Az alanyt kérjük fel, hogy készítsen részletes, írásbeli beszámolót az átélt pszichedelikus élményről. Az ülésen történetek leírásához elmélyült koncentrációra van szükség, ami elősegíti az egyébként hamar feledésbe merülő epizódok felidézését. A beszámoló készítése közben intenzív érzelmek is felszínre kerülhetnek, és újabb alkalmat kínálhatnak a nyitva maradt gestaltok beteljesítésére. Általános tapasztalat, hogy az írásos beszámolón végzett munka nagyban hozzájárul az ülésen történetek integrálásához. A kísérőkkel folytatott mély és részletekbe menő beszélgetéseknek szintén ez a beszámoló lesz a kiindulási alapja. Ha az alanyok egynél több ülése is lesz, akkor elengedhetetlen, hogy részletes feljegyzések készüljenek, mivel az elkövetkező üléseken átélt élmények sokszor a régi anyagot is új megvilágításba helyezik.

A betegnek alkalmat kell biztosítani, hogy élményét művészi formában is kifejezhesse, például festmény, mandala, vers, prózai mű, színdarab, szobor, tánc vagy zenei kompozíció formájában. Az ily módon születő művek esztétikai, katartikus és dokumentációs szerepükön túl gyakran az ülésen átélt élmények mélyebb megértéséhez is értékes anyagot szolgáltatnak. Több páciensünk volt, akiknél az impulzív rajzolás és festés fontos segédeszköznek bizonyult a tudattalan anyaggal folytatott munkában.

Az ülésen történetek integrálása néha napokig vagy hetekig is eltart. Fontos, hogy az alany nyitva hagyja az ülésen megnyílt érzelmi csatornákat, és folytassa a megkezdett feltárási folyamatot; ne próbálja az ezzel járó érzelmi nehézséget pszichológiai úton vagy nyugtatók segítségével elnyomni. A megoldatlanul maradt tudattalan gestaltok beteljesítésére sokszor az éber tudatosságot és az álmovilágot elválasztó hipnagóg és hipnopomp fázisokban kerül sor, de ilyen jellegű epizódok az alany álméletében is előfordulhatnak. Egy megfelelően integrált ülést követően az éjszakák többnyire álomtalan alvással telnek, ami rendkívül mély és frissítő hatású. Ha az ülést érzelmileg vagy pszichoszomatikusan nem sikerült kielégítően lezárni, akkor kivételesen gazdag és intenzív álméletre lehet számítani. Gyakori, hogy végül egy erőteljes álom teljesíti be és integrálja az ülés során aktiválódott, feldolgozatlanul maradt tudattalan anyagot.

Ha a spontán alakuló integrációs folyamatban nincs elegendő dinamikus erő, akkor a nyitva maradt gestaltok beteljesítésében a terapeutáknak is szerepet kell vállalniuk. Ez azt jelenti, hogy az alannal intenzív aktivációs munkát kell végezni, amelynek módszerét korábban már ismertettük. Az integrációt elősegítő aktivációs technikának van egy érdekes változata, amely a hosszú időn át folytatott hiperventillációra épül. Ezt a technikát, amely a *pránajámán*, a légzés indiai tudományán alapul, a közelmúltban fedezte fel újra Leonard Orr újjászületési (*rebirthing*) programjai számára. Lényege, hogy ha az intenzív légzést 30-45

percen keresztül folytatjuk, akkor a testben lévő feszültségek jellegzetes mintákba szerveződnek, amelyeket végül egyszerre lehet kiereszteni a szervezetből. A folyamatot a tudattalan különböző szintjeiről származó fontos anyag aktivációja is kíséri. Az intenzív légzés hatására az izomfeszültség a karokban és a lábokban koncentráldódik (az orvosi gyakorlat ezt a jelenséget *carpo-pedal spasmusként* ismeri),³ illetve a fej és a test körkörös összehúzódásaiban, amelyek helyzete nagyjából megfeleltethető az indiai kundalini jógából ismert csakráknak. E módszer használatakor rendszerint kerüljük a vokalizációt és a lereagálás egyéb formáit, ehelyett az alanyt arra biztatjuk, hogy addig lélegezzen, amíg valamennyi feszültségétől meg nem szabadult. Ez az eljárás igen hatékony módja a pszichedelikus ülésről visszamaradt problémák tisztázásának, de alkalmazható akkor is, ha a páciens előzőleg nem fogyasztott semmilyen pszichedelikus szert. A módszer használatával ugyanazok a mély és drámai hatású életrajzi, perinatális és transzperszonális élmények válhatnak ki, amelyekkel az LSD-üléseken is találkozunk. A technikát - amelynek eredményes használatához speciális háttérinformációra és instrukciókra is szükség van - egy későbbi kötetben fogom részletesen ismertetni.

Ha az ülés kielégítő pszichológiai lezárását a fenti módszerek egyikével sem sikerült elérni, akkor minél hamarabb sort kell keríteni egy újabb pszichedelikus ülésre. A hagyományos pszichiátria képviselői paradoxnak találhatják, hogy a terápiát éppen akkor folytatjuk, amikor az ülés kedvezőtlen eredménnyel zárult. A pszichedelikus terápia alapelvei szerint a kezelést bármikor abba lehet hagyni, ha az ülés sikeres volt és az alany az élményeket megfelelően integrálni tudta. Ha viszont a klinikai tünetek az ülést követően felerősödnek vagy hosszan tartó reakciókra kerül sor, az a terápia további folytatását indikálja. A tapasztalt negatív jelenségeket az LSD-terápiában nem a szer kiszámíthatatlan hatásának tulajdonítjuk, hanem annak, hogy beteljesületlenül maradt valamely, az előző ülésen aktiválódott tudattalan gestalt.

A csoportterápia átfogó LSD-kezelési programokban történő alkalmazására érdemes külön figyelmet fordítanunk. Miután több kudarccal végződő kísérletet tettünk arra, hogy az LSD-t a csoportos pszichoterápia katalizátoraként hasznosítsuk, lassanként felhagytunk ilyen irányú törekvéseinkkel. Ugyanakkor kiderült, hogy az egyedi LSD-kezelés rendkívül hatékonyan kombinálható a terápiás közösségben végzett szermentes csoportmunkával. A csoportot jellemző kollektív felelősségvállalás, az egymás támogatására adódó lehetőségek, valamint a csoportfolyamat ereje mind olyan tényezők, amelyek kivételes terápiás potenciállal rendelkeznek. Ha az LSD-ülés alanya a terápiás közösségből kerül ki, akkor ülése utolsó óráit a többi páciens társaságában töltheti. A csoportban az alany érdekes benyomásokat szerezhet a közösség más tagjairól és a köztük lejátszódó interakciókról; ugyanakkor a többieknek is alkalmuk nyílik rá, hogy értékes megfigyeléseket tegyenek az LSD-ülés lecsengő fázisában járó alanyról és saját, vele kapcsolatos reakcióikról. A következő csoportülésen a páciens elmeséli a többieknek az ülésen szerzett pszichedelikus élményeit; az így feltárt anyag nagy hatással van a csoportdinamika alakulására. Az alany és a csoport többi tagja közti interakciók mellett, hogy elősegítik az LSD-ülésről származó anyag mélyebb megértését, a többi páciensnek is támpontot nyújthatnak saját problémáik tisztázásához. E találkozóknak gyakran annyira komoly evokatív erejük van, hogy egyes páciensek felhagynak a verbális kommunikációval és olyan mély érzelmi állapotba kerülnek, amelyből akár egy tapasztalati terápiás ülés is kibontakozhat.

A pszichedelikus ülésekről származó anyag behozása rendkívüli mértékben megnöveli a csoportfolyamat mélységét és intenzitását. A csoport tagjaival így olyan erőteljes tudattalan anyagon dolgozhatunk, ami a szokásos gyakorlatra nem igazán jellemző. A szóban forgó élmények spektruma a szexuális perverziókkal kapcsolatos epizódoktól, a gyilkos agresszióktól, a sadomazochisztikus és inceszt készletektől, a biológiai anyagokkal való primitív elfoglaltságoktól kezdve egészen az eksztatikus elragadtatásig, a kozmikus egység érzéséig és az elmúlt inkarnációs emlékek újraéléséig terjed. Ha a csoportfolyamatba ezeket a témákat is behozzuk, akkor az indirekt módon a korrektív emocionális élményekre is lehetőséget ad. Az alanyok megfigyelhetik, miként reagál a terapeuta a többi páciens LSD-üléseiről származó, potenciálisan megkérdőjelezhető tudattalan anyagra. Ha a terapeuta képes tárgyilagosan viszonyulni az olyan problémákhoz, mint a szadisztikus készletek, a grandiózus fantáziák, a tabunak számító szexuális vágyak, vagy a hólyag és a bélműködés fölötti kontroll elvesztése, akkor a páciensek is könnyebben elfogadják ezeket a jelenségeket, és nem fognak mereven elzárkózni attól, hogy pszichedelikus üléseiken esetleg hasonló helyzetbe kerüljenek. Ilyen körülmények között a terapeuta könnyedén, sőt akár humorral közelíthet azokhoz a tudattalan megnyilvánulásokhoz, amelyek a betegek közül rendszerint szorongást, bűntudatot vagy egyéb konfliktust váltanak ki. A csoport használatának az eddig említettek mellett van egy másik előnye is: jelentős időt takarít meg az LSD-terapeuta számára. A pszichedelikus terápia alapelveit, a tapasztalati stratégiákat és a különféle értelmezési lehetőségeket elegendő egyszer, az egész csoport előtt elmondani.

Az e fejezetben ismertetett, LSD-pszichoterápiás programok lebonyolítására vonatkozó alapelvek fölöttébb általános jellegűek. A terápiás stratégia részleteit, illetve a konkrét eseteknél alkalmazandó kezelési taktikát mindig a terapeutáknak kell kidolgozniuk, saját klinikai tapasztalatuk, valamint az LSD-pszichoterápiás képzésen szerzett élményeik alapján. Úgy tűnik, a pszichedelikus terápia gyakorlatában az intuíció legalább olyan fontos, mint a terápiás alapelvek ismerete, így várható, hogy ez az irányzat mindig is a művészet és a tudomány valamilyen ötvözete lesz.

JEGYZETEK

1. A prefrontális lobotómia egy pszichosebészeti eljárás. Kifejlesztése a portugál neurológus, Edgar Moníz nevéhez fűződik, aki munkájáért 1949-ben Nobel-díjat kapott. Az eljárást krónikus pszichózis, impulzív viselkedés és komoly kényszerneurózis kezelésénél alkalmazták. Eredeti formájában a frontális lebenyek és az agy többi része közti összeköttetés elmetszését jelentette. A beavatkozással járó agysérülés esetenként oly mértékű volt, hogy az agyfélteke nagy része egyetlen összefüggő cisztává alakult.
2. A zene pszichedelikus ülésen, valamint szermentes tapasztalati munkában történő alkalmazásáról az érdeklődő olvasó további információt találhat Helen Bonny és Walter Pahnke cikkében, amely *"A zene használata a pszichedelikus (LSD) terápiában"* (14) címmel jelent meg Helen Bonny és Louis Savary *"A zene és a tudatod"* című könyvében. (15)
3. Az orvosi kézikönyvek erre a jelenségre *"hiperventillációs szindrómaként"* utalnak, és az intenzív légzés következtében elkerülhetetlenül fellépő fiziológiás reakciónak tekintik. A légzési technikákra épülő pszichoterápiás eljárások megfigyelései arra utalnak, hogy ez a megállapítás nem állja meg a helyét. Ha az alanyt bátorítjuk, hogy a görcsök kialakulását követően is folytassa a hiperventillációt, akkor ez paradox módon a feszültség oldódásához vezet. A hiperventilláció módszerére épülő ülések sorozata után az alany szervezete megtanulja, hogy az intenzív légzésre ne reagáljon többé "hiperventillációs szindrómával".

5 AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA KOMPLIKÁCIÓI

Fizikai és érzelmi kontraindikációk

Az LSD-terápia kritikus helyzetei

Az LSD-terápia negatív utóhatásai

Az LSD-terápia komplikációinak megelőzése és kezelése

Az LSD-pszichoterápiával kapcsolatos kockázatokat két fő csoportba sorolhatjuk: az egyikbe azok a veszélyek tartoznak, amelyek közvetlenül a szernek és az általa kiváltott pszichedelikus folyamatnak tulajdoníthatók, a másikba pedig azok, amelyek döntően extrafarmakológiai eredetűek. Míg az előbbiekkel minden alkalommal számolnunk kell, amikor a szert valaki beveszi, az utóbbiak megjelenése feltételekhez kötött: előfordulásuk valószínűsége, illetve veszélyességük foka függ a settől, a settingtől és az ülés levezetésénél használt technikáktól. Az LSD-pszichoterápia veszélyeit jelentősen csökkenthetjük, ha előre kiszűrjük azokat, akik számára a pszichedelikus ülés kockázatot jelent, illetve ha az ülések levezetése során mindig szem előtt tartjuk az LSD-reakció sajátos dinamikáját.

FIZIKAI ÉS ÉRZELMI KONTRAINDIKÁCIÓK

Az elmúlt három évtizedben felhalmozott klinikai és laboratóriumi bizonyítékok alapján kijelenthetjük, hogy a gyógyszerészeti tisztaságú LSD biológiai szempontból meglepően biztonságos vegyület. Ugyanez nem mondható el a feketepiacon beszerezhető LSD-ről, amelynek minősége jelentős ingadozásokat mutat: a szerhez kevert szennyező anyagok némelyike jóval veszélyesebb, mint maga az LSD. Az utcán kapható, LSD-ként terjesztett mintákban a kémiai analízis kimutatott már amfetaminszármazékokat, sztrichnint, STP-t, fenciklidint (PCP vagy "angyalpor") és más vegyületeket is.

A tiszta LSD-vel végzett klinikai munka során a fő fiziológiai veszélyt nem maga a szer, hanem az általa kiváltott intenzív érzelmi állapotok jelentik. A nagy dózisos LSD-üléseken az alanyok olyan fokú érzelmi és fiziológias stresszt élhetnek át, aminek a létezéséről korábban sejtelmük sem volt. Ennél fogva elengedhetetlen, hogy előre kiszűrjük azokat, akiknél az intenzív érzelmek átélése bármilyen veszéllyel járhat. Mint említettük, ide tartoznak azok a személyek, akik komoly kardiovaszkuláris problémától szenvednek: előrehaladott arterioszklerózistól, embóliára hajlamos trombólózistól, rosszfajta hipertenziótól vagy érenergiától, illetve volt már szívinfarktuszuk, szívmegnyílásuk, dekompensált szívelégtelenségük vagy agyvérzésük. A legcsekélyebb kétely esetén az LSD-ülés potenciális alanyának egészségügyi vizsgálaton kell átesnie, amelynek részeként elektrokardiogramot is csinálni kell. Enyhe szív- és érrendszeri probléma esetén elegendő, ha tartózkodunk a magas dózis használatától, és fokozott óvatossággal kezeljük az esetet. Mindig tartunk szem előtt, hogy nem az LSD szív- és érrendszerre gyakorolt kedvezőtlen hatásáról van szó, hanem az intenzív érzelmekkel együtt járó fizikai terhelés okozta kockázatról. Figyeljünk oda, hogy a dózis nagysága és az affektív válasz intenzitása közötti összefüggés nem lineáris: ha az alany hajlamos az érzelmi kitörésre vagy tudattalanjának felszíni rétegében nagy mennyiségű elfojtott anyag található, akkor már viszonylag kis dózisos LSD is rendkívül erőteljes reakciót válthat ki.

A terhességet abszolút kontraindikációként kell kezelni. Bár az LSD terápiás dózisainak nincs bizonyított teratogén hatása, fennáll a veszély, hogy a szer felborítja a magzat és az anyaszervezet közötti biokémiai egyensúlyt. Még komolyabb kockázatot jelentenek a nagy dózisos LSD-ülésekre jellemző intenzív méhösszehúzódnások, amelyek különösen gyakoriak, ha az alany perinatális élményt él át. Egy erőteljes LSD-ülés után megtörténhet, hogy a nők a ciklusuk közepén menstruálni kezdenek. Bár a múltban több olyan feltételezés is napvilágot látott, hogy az LSD káros hatással lehet a kromoszómákra vagy az öröklési képességekre, napjainkban nagyon kevés kutató osztja ezt az álláspontot. Mivel az örökléssel kapcsolatos kérdéseknek kiemelt gyakorlati jelentőségük van, a könyv egyik függeléké részletes áttekintést ad a témáról.

A biológiai veszélyek hátralevő része relatív jelentőséggel bír. A klinikai megfigyelések alapján kivételes óvatossággal kell eljárunk az epilepsziára hajlamos személyekkel, főként, ha korábban már volt *grand mal* rohamuk. Náluk az LSD gyors egymásutánban jelentkező epilepsziás rohamok egész sorozatát válthatja ki - ún. *status epilepticus* -, amely igen nehezen kontrollálható. Az epilepsziának és a rohamszerű motoros aktivitásnak ugyanakkor léteznek olyan változatai is, amelyek az eddigi megfigyelések alapján pozitívan reagálnak az LSD-kezelésre; ilyenek tűnik például a temporális lebeny epilepsziája. Ezt

figyelembe véve azt mondhatjuk, hogy az epilepsziás betegek alkalmasságát minden esetben egyedileg kell megítélni.

A nagy dózisú LSD-üléseket gyakran kíséri fokozott izomtevékenység, ami egyes pácienseknél aggodalomra adhat okot. Az extrém izomfeszültség, a remegés, a rángás, a görcsök és a komplex csavarodó mozdulatok akkor válhatnak veszélyessé, ha az alany csontjai törékenyebbek az átlagnál, olyan törései vannak, amelyek nem forrtak össze vagy ha ízületei hajlamosak a ficamra.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a komolyabb májkárosodástól szenvedőknél tovább tart az LSD hatása; ennek oka, hogy a máj fontos szerepet játszik az LSD semlegesítésében és kiürítésében. E megfigyelés hatására a múltban több kutató is kiszűrte azokat a jelentkezőket, akiknek a mája nem működött megfelelően, például cirrózistól, hepatitisztől vagy más hasonló betegségtől szenvedtek. Saját, idült alkoholistákkal és daganatos betegekkel szerzett tapasztalataink azt mutatják, hogy a májkárosodás elhanyagolható kockázatot jelent, amíg mértéke nem haladja meg a kritikus szintet.

Ha az eddig ismertetett szabályokat betartjuk, akkor az LSD biológiai szempontból föltöbb biztonságos szernek tűnik. A klinikai gyakorlatban használt 25 és 2000 mikrogramm közötti dózisok soha nem váltottak ki negatív fiziológiás következményt. Saját betegeink között 83 éves korig minden korosztály képviseltette magát, és dolgoztunk végső stádiumban járó rákbetegekkel is, de soha senki nem szenvedett balesetet. A betegségek és különféle rendellenességek kimutatására használt sztenderd laboratóriumi vizsgálatok, köztük az elektroencefalográfia (EEG), az elektrokardiográfia (EKG), a vérkép-elemzés, a vizelet- és májvizsgálat egyike sem mutatott ki patológiás elváltozást, még 80-100 LSD-ülés után sem.

A pszichológiai veszélyeket illetően jóval bonyolultabb a helyzet. Egy LSD-ülés pszichológiai kockázatait nagyrészt az alany előzetes érzelmi állapota és az ülés külső körülményei determinálják. Arra még nem láttam példát, hogy olyan személynél, aki ülése előtt érzelmileg stabilnak tűnt, számottevő negatív utóhatás lépett volna fel. Ezeknél az egyéneknél egy felügyelet mellett lefolytatott LSD-kísérlet esetleges negatív utóhatása kimerül az olyan panaszokban, mint a fáradtság, a fejfájás vagy a másnaposság. A negatív következmények jóval súlyosabbá válhatnak, ha az alany az LSD-élményt komplex és kiszámíthatatlan szociális környezetben éli át, ha nincs felkészülve rá, esetleg nem is tud róla, hogy pszichedelikus szert vett magához, illetve ha a pszichedelikus reakció kibomlásának folyamatát traumatikus behatások és patológiás interakciók zavarják meg.

A negatív utóhatás kockázata jelentősen megnő, ha a szert olyanok fogyasztják, akik jelentős érzelmi problémától szenvednek, interperszonális alkalmazkodóképességük komoly hiányosságot mutat vagy a múltban pszichiátriai kezelés alatt álltak. A pszichiátriai betegekkel végzett munka még akkor is kockázatos, ha azt egy gyakorlott LSD-terapeuta végzi, a lehető legideálisabb körülmények között. A betegek megfelelő felkészítése, a pszichedelikus élmények internalizálása és az aktív pszichoterápiás munka csökkenti ugyan a veszélyeket, de nem tudja azokat teljesen kiküszöbölni. Minden elővigyázatosság és óvintézkedés ellenére előfordulhat, hogy a felmerülő tudattalan anyagot az ülés végéig nem sikerül maradéktalanul feldolgozni; ennek következtében felerősödhetnek a már meglévő panaszok, új tünetegyüttes alakulhat ki, hosszan tartó reakciók léphetnek fel, továbbá számolni kell a nem szokványos tudatállapotok későbbi váratlan felbukkanásával (flashback) is. Ha olyan személlyel dolgozunk, aki borderline vagy szkizofrén tünetektől szenved, esetleg a múltban már volt pszichotikus epizódja, akkor mindenképpen számolnunk kell vele, hogy az LSD-ülést követően súlyos érzelmi állapot alakulhat ki.

Míg a szomatikus kontraindikációk némelyike abszolút érvénnyel bír, az alany kedvezőtlen érzelmi állapota esetén számos külső tényezőt is számításba kell vennünk. Optimális körülmények között - egy dedikált kezelőintézményben, tapasztalt terápiás csapat közreműködése mellett - bármilyen pszichiátriai beteggel lehet LSD-terápiát folytatni, amennyiben az illető betegsége nem szervi eredetű. Ennek azonban az a feltétele, hogy az ülések száma ne legyen előre korlátozva. Érzelmileg komolyan zavart egyén kezelésekor fel kell készülnünk az ideiglenesen bekövetkező pszichotikus állapotra, az agresszív viselkedésre és a szuicid késztetésekre, amelyek az üléseken és az ülések közötti időszakban egyaránt előfordulhatnak. Egy ilyen vállalkozáshoz gyakorlott terapeutákra, képzett nővérekre és egy pszichoterápiás közösség támogató atmoszférájára van szükség. Ha ezek a feltételek nem teljesülnek, akkor a kezelésre jelentkező betegek közül ki kell szűrni a borderline pácienseket és a pszichózisra hajlamosakat. A kedvezőtlen körülményekre jó példát nyújt az a helyzet, amelyben a marylandi LSD-kutatásainkat folytattuk. Ebben a programban a kutatási terv azt írta elő, hogy a betegek minden csoportjánál maximum három LSD-kezelést végezhetünk; e szabály alól csak a daganatos betegek kaptak felmentést. Bár a pszichiátriai központnak voltak laboratóriumi és kezelőhelyiségei, saját ágyakkal nem rendelkezett. Ennek következtében azokat az LSD-alanyokat, akiknél hosszan tartó reakció vagy egyéb komplikáció lépett fel, át kellett szállítanunk a Spring

Grove Állami Kórházba, ahol a helyi szabályoknak megfelelően zárt osztályra kerültek és fenotiazinokkal gyógyszerelték őket. Ebben a programban - a fölöttébb kedvezőtlen körülmények ellenére - nagyon súlyos tudatzavartól szenvedő páciensekkel dolgoztunk, köztük idült alkoholistákkal és börtönviselt heroinfüggőkkel is. Annak ellenére, hogy a jelentkezők előválogatása során nem jártunk el különösebb óvatossággal, mindössze két esetben lépett fel elhúzódozó reakció. Mindkét esetben olyan páciensről volt szó, akinek korábban már volt pszichotikus epizódja. A reakciókat a szokásos módszerekkel könnyen kezelni tudtuk és néhány nap után elmúltak.

AZ LSD-TERÁPIA KRITIKUS HELYZETEI

Bár az LSD-kezelés során komolyabb negatív utóhatásra főként azoknál kell számítanunk, akik már a kezelést megelőzően is jelentős érzelmi problémától szenvedtek, nagy dózisu LSD-ülés alatt bárki kerülhet kritikus helyzetbe - függetlenül az illető hétköznapi életben tanúsított érzelmi stabilitásától. Az előkészítő fázisban fel kell hívnunk az alany figyelmét e lehetőségre, és el kell magyaráznunk, hogy ez szervesen hozzátartozik a terápiás folyamathoz. A pszichedelikumok felügyelet nélküli használatával kapcsolatos fő problémák egyike éppen az a téves elképzelés, hogy az LSD-utazás kizárólag gyönyörű, transzcendens állapotok megtapasztalásából áll. Mivel a nehezen kezelhető érzelmi állapot nem illik ebbe a képbe, sokszor úgy tekintenek rá, mint váratlan komplikációra, ami könnyen pánikba sodorja az alanyt vagy barátait.

A pszichedelikus ülések leggyakoribb problémája, hogy az alany ellenáll a tudattalanból felmerülő anyagnak, és nem hajlandó átadni magát az élménynek. Az ellenállás formai megjelenése rendszerint az alany hétköznapi életben is használt védelmi mechanizmusait tükrözi. A kísérők az elkerülő manőverek széles skálájával találhatják szembe magukat. Előfordul, hogy az alany beleegyezik a szemkötő és a fejhallgató használatába, de azt kéri, hogy ne kelljen zenét hallgatnia. Ilyenkor fontos, hogy a terapeuták különbséget tudjanak tenni a konstruktív, helyénvaló kifogások és a felmerülni készülő érzelmek elkerülését célzó, szorongás-szülte próbálkozások között. Gyakran használt menekülési mód az állandó beszéd és a szünni nem akaró intellektualizálás, amely lehetetlenné teszi a mélyebb élmények átélését. Vannak, akik belső világukat úgy tartják távol maguktól, hogy belül is a külső környezetre koncentrálnak: tudatukban felidéznek és elevenen tartják az őket körülvevő valóságot. Magukban a betegtársak nevét ismételtetik, mentálisan újraalkotják az intézmény alaprajzát, vagy vizualizálják a szoba berendezési tárgyainak színét és alakját. Ha az alany a nagy dózisu LSD-ülés közepén hirtelen kijózanodik, az szintén a pszichedelikus élménnyel szemben megnyilvánuló pszichés ellenállás jele lehet.

A következő lépcsőfok az, amikor az alany nem hajlandó az élményt belső világában tartani. Néha ehhez engedélyt is kér: közli, hogy pihenni szeretne, el akar szívni egy cigarettát, inni akar egy kávét, csevegni akar egy kicsit, vagy sétálni menne. Szintén gyakori a mosdó sűrű látogatása, amelynek háttérben sokszor nem a fiziológiás kényszer, hanem az alany pszichológiai motivációja bújjik meg. Az ellenállás ennél is komolyabb foka, amikor az alany eltávolítja magáról a szemkötőt, leveszi a fejhallgatót, és egyszerűen visszautasítja az élményben való további részvételt, minden egyéb kifogás vagy magyarázat nélkül. Ha egy ülésen ilyesmi történik, akkor a kísérőknek minden pszichológiai tudásukat latba kell vetniük, hogy az alanyt visszajuttassák az eredeti introspektív állapotba. Ez alól egyetlen kivétel van: ha az alany a külvilágot kívánja felderíteni, és a kísérőknek nincs kétségük afelől, hogy kérése hiteles és nem a belső élmény elkerülését szolgálja. Az alannal való egyezkedés során a kísérők utalhatnak az előkészítő szakaszban folytatott beszélgetésekre, amikor az alannal részletesen ismertették az ellenállás különféle formáit, és a páciens belátta, mennyire fontos az élmény internalizálása.

Szélsőséges esetben a kísérők és az alany közti kapcsolat annyira szétzilálódhat, hogy a páciens határozottan elutasítja a további együttműködést, és saját hatáskörben kezd cselekedni. Ez egészen odáig fajulhat, hogy a beteg megkísérli elhagyni a kezelés helyszínét. Bár ilyen helyzet nem fordul elő túl gyakran, ha mégis sor kerül rá, lényegbe vágó, hogy a terapeuták kezelni tudják. Az alapvető szabály az, hogy a páciens mindenképpen a kezelés helyszínén kell tartani, és meg kell akadályozni, hogy magában vagy bárki másban kárt tegyen. Ennek során különböző kompromisszumokra kényszerülünk: egyrészt korlátoznunk kell az alanyt, másrészt kerülnünk kell a nyílt konfrontációt és a tettelegességet, ami tovább rontaná a terápiás kapcsolatot. Ha a helyzet igazán kritikussá válik, nem tehetünk mást, mint hogy húzzuk az időt: megpróbáljuk az alanyt biztonságos helyen tartani, és megvárni, amíg a szer farmakológiai hatása alábbhagy. Szerencsére a tapasztalt kísérők vezetésével folytatott LSD-üléseken ilyen extrém szituáció csak nagyon ritkán fordul elő.

Mielőtt rátérnék az LSD-üléseken felmerülő nehézségek és komplikációk tárgyalására, bemutatnék néhány általános alapelvet. A pszichedelikus krízis kezelésénél a legfontosabb tényező, hogy a terapeuta érzelmileg miként reagál a kialakult vészhelyzetre. Ha a terapeuta képes nyugodtan, összeszedetten és támogatóan viszonyulni a pszichedelikus ülés alatt felmerülő jelenségekhez, az sokkal többet nyom a latban, mint bármi, amit mond vagy tesz. A terapeuta arra való képessége, hogy zavartalan és nyugodt maradjon, miközben drámai ösztönkitörésekkel, szexuális acting-outtal, rosszindulatú megnyilvánulásokkal, agresszióval, önpusztító tendenciákkal, paranoid reakciókkal és szélsőséges érzelmi vagy fizikai fájdalommal néz szembe, a klinikai tapasztalattal és a lefolytatott ülések számával egyre nő. A kritikus helyzetekre való felkészülés legjobb módja, ha a terapeuta maga is részt vesz olyan üléseken, ahol ilyen helyzetek merülnek fel, és tanúja lesz azok pozitív lezárásának. Hasonlóan fontos, sőt, talán fontosabb is, hogy a terapeuta képzési céllal folytatott pszichedelikus üléseken vegyen részt, amelyeken ő is feldolgozhatja saját érzelmi problémáit. Ha a kísérők úgy vesznek részt mások ülésein, hogy saját pszichéjük mélyén feldolgozatlan problémákat hordoznak, akkor ezeket a páciens élményei könnyen aktiválhatják.

Amennyiben a terapeuta a pszichedelikus ülésen adódó vészhelyzetre szorongással, agresszióval, bűntudattal, vagy más, oda nem illő "viszont-áttételes" reakcióval válaszolnak, akkor rendkívül veszélyes interakció alakulhat ki a beteg és a kísérők között. Mivel a beteg számára a kísérők jelentik az egyedüli kapaszkodót a valósághoz, a helyzet komolyságának megítélésénél szintén az ő reakcióikat fogja figyelembe venni. Ha a terapeuta szorongani kezd, az a páciens számára egyértelmű bizonyítéka annak, hogy a helyzet kezd igazán veszélyessé válni. A kísérők az alany szemében nem csupán a józanság és a realitás letéteményesei, hanem a szokatlan tudatállapotok kezelésének szakértői is, így a kialakult helyzethez való érzelmi hozzáállásukat az alany professzionális ítéletként értékeli. Ha a terapeutákból az ülésen felmerülő vészhelyzet erőteljes negatív reakciót vált ki, akkor destruktív visszacsatolás alakulhat ki a beteg és a kísérők interakciójában. Amennyiben a terapeutát zavarja a páciens élménye vagy annak külső megnyilvánulása, akkor reakciója fel fogja erősíteni a páciens ilyen irányú viselkedését, ami aztán még erőteljesebb érzelmi választ fog kiváltani a terapeutából. A hógolyó-effektus révén az ilyen helyzetek igen hamar kritikussá válhatnak. A pszichodinamikus irodalom ezeket a mintákat "ördögi köröknek" (*circuli diaboli*) nevezi, ami az LSD-üléseken adódó, sokszor drámai körülményeket figyelembe véve meglehetősen találó kifejezés.

Az ülések során felmerülő kritikus helyzetek megfelelő kezelése az LSD-pszichoterápia egyik legalapvetőbb problémája. Ha a terapeuta elveszíti a pszichedelikus ülés fölötti kontrollt, az a betegre és a terapeutára egyaránt frusztráló hatású: aláássa a köztük kialakult bizalmi viszonyt, és mindkettőjük biztonságérzetét megrendíti. Ennél fogva igen lényeges, hogy a terapeuta megfelelő képzésben és tapasztalatban részesüljön, ami nem nélkülözheti az LSD-vel szerzett sajátélményt sem. A Csehszlovákiában folytatott kutatómunkám idején az LSD-terapeuták képzése nagyjából a pszichoanalitikus képzési modellt követte. A jelölteknek legalább öt sajátélményen kellett átessenük gyakorlott pszichedelikus terapeuta vezetése mellett. Emellett minimum harminc, pszichiátriai betegekkel folytatott terápiás ülést kellett levezetniük szupervízióban. A pszichiátrián dolgozó nővérek szintén nagy hasznot húztak a képzési céllal folytatott LSD-ülésekből: sajátélményeik hozzásegítették őket, hogy női koterapeutaként részt vehessenek a betegek ülésein, illetve megfelelő ellátásban részesítsék az LSD hatása alatt álló pácienseket.

A nyugtatók használatának kérdése komoly gyakorlati jelentőséggel bír, így érdemes rá külön figyelmet szentelnünk. Általában véve elmondhatjuk, hogy egy tapasztalt terápiás diád az LSD-üléseken felmerülő szituációkat szinte kivétel nélkül kezelni tudja pusztán pszichológiai eszközökkel. Magam az évek során több mint háromezer ülést folytattam le, és csak háromszor fordult elő, hogy az ülésnek nyugtató beadásával kellett véget vetnem. Mindhárom eset az LSD-kutatásaim kezdeti szakaszában történt, amikor a szerrel és hatásával kapcsolatos ismereteim még meglehetősen korlátozottak voltak. A klórpromazin és a többi nyugtató nem tekinthető az LSD-hatás specifikus antagonistájának. E szerek elegendően magas dózisban általános gátló hatást fejtenek ki, ami felülbírálja és elfedi az LSD pszichedelikus hatását. A nyugtatóval kezelt LSD-alanyok gyakran számolnak be arról, hogy a két szer hatását egyszerre tapasztalják, ami meglehetősen kellemetlen élmény.

Ha a pszichedelikus ülésen nyugtatót használunk, az igen komoly ártalommal is járhat. Minél szélsőségesebb, minél drámaibb egy negatív színezetű LSD-élmény, annál nagyobb esély van a pozitív kimenetelre. Ha sikerül megfelelően lezárni és integrálni, az hosszú távon rendkívüli haszonnal járhat az alany számára. Ha viszont egy nehezen feldolgozható pszichedelikus állapot közepén nyugtatót alkalmazunk, azzal komoly akadályt gördíthetünk az élmény természetes kifutása és pozitív integrációja elé. A nyugtatók "befagyasztják" az alanyt a negatív pszichológiai állapotba, és ezzel hozzájárulnak a hosszan tartó reakció, a negatív utóhatás és a "flashback" jelenség kialakulásához. Ennél fogva az az általánosan bevett gyakorlat,

hogy a negatív pszichedelikus élményt nyugtatóval igyekeznek leállítani, kifejezetten károsnak tekinthető. Még fokozottabban igaz ez az LSD-pszichoterápiában, amely a feltáró technikák általános stratégiáját alkalmazza. A kellemetlen élményeket itt az erős érzelmi töltéssel rendelkező tudattalan traumák felszínre kerülésével magyarázzuk. Mivel a beteg hétköznapi problémáinak szintén ez az anyag a forrása, az LSD-ülésem átélésén negatív epizód - megfelelő megközelítés és kezelés esetén - értékes lehetőséget nyújt a terápiás változásra.

Az LSD-terápiában az egymást követő ülések tartalmi kontinuitást mutatnak. Ha egy kellemetlen élményt nyugtatóval állítunk le, akkor a feldolgozatlanul maradt anyag a jövőben újra és újra előkerül, egészen addig, amíg a páciens képessé nem válik annak feloldására. Ezt figyelembe véve a terapeutának csak akkor szabadna nyugtatóhoz folyamodnia, ha már valamennyi pszichológiai beavatkozási lehetőségét kimerítette. Ha a kísérő és az alany közötti interakcióban ördögi kör alakult ki és a helyzet reménytelennek látszik, akkor is jobb, ha nyugtató használat helyett az ülés irányítását egy másik terapeuta veszi át. Erre a lehetőségre természetesen előre fel kell készülni.

Ha a pszichológiai megközelítés végleg csődöt mond és a terapeuták nyugtató használata mellett döntenek, először Libriummal (30-60 milligramm) vagy Váliummal (10-30 milligramm) kísérletezzenek; ezek a szerek úgy tudják megszüntetni az érzelmi fájdalmat, hogy közben nem befolyásolják a pszichedelikus folyamatot. Ha a páciens kellőképpen lehiggadt, akkor vissza kell térnie a fekvő helyzetbe, fel kell vennie a szemkötőt és a fejhallgatót, majd újra fel kell vennie az élmény introspektív átélésének fonalát.

A pszichedelikus ülések alatt a legtöbb problémát a halál-újjászületési folyamat részeként jelentkező *haldoklás-élmény* váltja ki. Ez annyira meggyőző lehet, hogy az alany, sőt a tapasztalatlanabb kísérők is könnyen összetéveszthetik azt egy tényleges, a páciens életét fenyegető vészhelyzettel. Ha az alany a haldoklás szimbolikus folyamatát akut biológiai krízisnek hiszi, akkor a pszichedelikus folyamattal szembeni ellenállása különösen erőteljessé válhat. E meggyőződése aktiválhatja mélyen ülő szorongásait és túlélő programjait, így az illető olyan intenzitással és elszántsággal harcolhat a szer hatása ellen, mintha tényleg az élete forogna kockán.

Technikai szempontból nézve ez a helyzet rendkívül kritikus. Az ülés akadálytalan lefolyása és pozitív kimenetele érdekében döntő fontosságú, hogy az alany ebben a helyzetben ne vegye le a szemkötőt vagy a fejhallgatót, és a folyamatot mindvégig tartsa belső világában. Ha ugyanis a haldoklás-élmény pszichológiai aspektusait az alany a terápiás helyzetre vetíti ki, annak veszélyes acting-out viselkedés lehet az eredménye. A beteg az ajtó vagy az ablak felé indulhat, mert úgy érzi, így elmenekülhet az elviselhetetlen pszichológiai helyzetből; dulakodhat az elnyomóként azonosított kísérőkkel; vagy erőszakos önpusztító cselekedetre ragadtathatja magát, mert úgy hiszi, ezzel véget vethet a szenvedésnek. Ha az alany a haldoklás-élményt a külső környezetre vetíti, annak a pszichedelikus ülés határain túl nyúló negatív következményei lehetnek. Egy ilyen élmény - ha feloldatlanul marad - rendkívül problémás érzelmi állapotot eredményezhet az ülést követő időszakban, ami megfelelő kezelés hiányában napokig, hetekig, sőt hónapokig elhúzódhat.

Ha az alany letépi magáról a szemkötőt, és élményét megpróbálja a külvilágban létrehozott pszeudovalóságos helyzetre vetíteni, akkor aktív beavatkozásra van szükség. A kísérők emlékeztethetik a páciensre, hogy erre a lehetőségre már az előkészítő szakaszban felhívták a figyelmét; ezzel elérhetik, hogy az alany az átélteket össze tudja kötni a pszichedelikus folyamatról szerzett tudásával. Ha ez sikerül, az már önmagában eredményre vezethet, jóllehet áthidalhatatlan szakadék húzódik a halál tényleges átélése és a folyamat verbális leírása között. A halál átélésének folyamata annyira elementáris erejű lehet, és olyan elképzelhetetlen tapasztalati dimenziókat foglalhat magában, hogy nincsenek szavaink, amelyekkel visszaadhatnánk annak tényleges tartalmát. Ilyen helyzetben a kísérők kommunikációjának nonverbális aspektusai jutnak főszerephez; a metakommunikációs jelzések jóval hatékonyabbak, mint bármi, amit a kísérők tesznek vagy mondanak.

A kísérőknek ismételten hangsúlyozniuk kell, hogy ez nem a tényleges biológiai halál, bármilyen meggyőzőnek tűnjék is az élmény. Meg kell nyugtatniuk az alanyt afelől, hogy az oxigénhiány, amit érez, csak szubjektív, és a légzésével valójában nincs semmi probléma. Szintén fontos, hogy az alany rendszeresen emlékeztessék az önátadás és a pszichológiai halál elfogadásának fontosságára. Mondják el, hogy a helyzetből való kijutás leggyorsabb módja az, ha az illető bevállalja az áthaladást annak legnehezebb részein; így átjuthat a "másik oldalra", ahol már várja őt a megszabadulás. Bármit mondjanak is, végső fokon a higgadságuk, nyugalomuk, tapasztaltságuk és a folyamat iránti bizalmuk lesz a döntő tényező, mivel ezekből fakadnak azok a nonverbális és metakommunikatív jelzések, amelyek szóbeli állításaikat az alany számára meggyőzővé, hihetővé és valóságossá teszik.

Ha az alany egymás után több ülését is a perinatális szinten tölti, akkor jellemző, hogy a haldoklás élménye egyre mélyebbé és kimerítőbbé válik. Amikor a folyamat elér oda, hogy az alany *az ego végső halálával* kell szembenéznie, speciális technikai problémára lehet számítani. Az ego halála egy olyan tapasztalat, amely véget vet mindennek, amit az alany önmagával azonosít, amit birtokol, és amihez kötődik. Lényegi jellemzője a minden szintre kiterjedő, teljes körű megsemmisülés, az alany valamennyi vonatkoztatási rendszerének és viszonyítási pontjának elvesztése, valamint az objektív világ pusztulása. A folyamat során az alany sokféle irányból és különböző szinteken közelíti meg újra és újra ezt az élményt, amely egyre nagyobb pszichológiai áldozatot követel tőle. A végső szinten olyan élményekkel, helyzetekkel és körülményekkel kell szembenéznie, amelyeket nemhogy elfogadni, de még elképzelni sem tud.

A halál-újjászületés folyamatának beteljesítéséhez vezető élmények természete egyénekenként változik. Egyeseknél olyan kritikus tünetek lépnek fel, mint a fuldoklás, a gyötrő fizikai fájdalom, az eszméletvesztés vagy az erőteljes, rohamszerű motoros aktivitás. Mások olyan helyzettel néznek szembe, amely pszichológiailag teljesen elfogadhatatlan számukra, és a folyamat arra kényszeríti őket, hogy átadják magukat ennek. Ide tartozik többek között a hányás, a hólyag vagy a belek fölötti kontroll elvesztése; a szexuálisan elfogadhatatlan viselkedés; a megzavarodás és a dezorientáció; az állatias hangok kibocsátása, a megszégyenülés, és a presztízs elvesztése. Az ego halálának átélése kapcsán gyakori, hogy az alany elképesztő méretű katasztrófa előérzete tölti el. A belül érzett gyötrő feszültség olyan szintre fokozódhat, hogy az alany úgy érzi, fel fog robbanni, és az egész világot magával rántja a pusztulásba. A dezintegrációtól való félelmen nagyon nehéz átlépni: különleges állapotában az alany úgy érezheti, nem csupán a saját élete, de az egész emberiség sorsa múlik azon, vissza tudja-e tartani az élményt. Ebben a helyzetben rendkívül fontos, hogy a kísérők ismételten hangsúlyozzák az élmény biztonságos voltát. Bármilyen katasztrófálisnak tűnjék is a beteg szubjektív szemszögéből, a végső megsemmisülés valójában katartikus élmény, amely érzelmileg és spirituálisan is felszabadító hatású. Ami ebben a folyamatban megsemmisül, az az alany önmagára vonatkozó merev elképzelése, valamint a létezés és a világegyetem szűk látókörű szemlélete. Amikor az alany ennek az élménynek a küszöbéhez ér, létfontosságú, hogy a gestalt beteljesedjen. Ha egy ilyen mélységű perinatális élményt nem sikerül megfelelően lezárni és integrálni, az súlyosan destruktív viselkedéshez és szuicid fantáziákhoz vezethet.

A következő helyzet, ami egy LSD-ülésem komoly problémát okozhat, az ún. *"nincs kiút"* (no exit) szituáció. Bár ezzel a helyzettel leggyakrabban a második perinatális mátrix kontextusában találkozunk, hasonlóra előrehaladottabb transzperszonális ülésen is sor kerülhet. A *"nincs kiút"* élmény transzperszonális változata tisztán metafizikai jellegű, nem kíséri fizikai szinten megélt bezártság-érzés, és nem észlelhetők az egyébként ide tartozó biológiai jelenségek sem. A *"nincs kiút"* állapotában tartózkodó személy igen szélsőséges szorongást él át, és szenvedésének nem látja sem a végét, sem a menekülés lehetőségét. A gondolkodás körkörösé válik; az alanyok tudati folyamataikat gyakran megakadt lemezhez hasonlítják. A gondolatok és érzelmek körkörösége olyan, mint egy mozgó Möbiusz-szalag, amely mozgás közben önmagába tér vissza, ezzel tér- és időbeli paradoxont hozva létre.

A *"nincs kiút"* helyzet eredményes kezeléséhez tisztáznunk kell a szubjektív pszichológiai és az objektív fizikai idő közti különbséget. A szituáció *szerves alkotóeleme* az örökké tartó kárhozát érzése. Ha az alany ezt fel kívánja dolgozni, akkor teljes egészében el kell fogadnia, azzal az érzéssel együtt, hogy az állapot örökké fog tartani, és nincs belőle kiút.¹ Paradox, de igaz: ha az alany elkeseredetten védi magát és harcol az örökké tartó szenvedés ellen, akkor meghosszabbítja kínszenvedését; míg ha feladja a harcot, és elfogadja, hogy örökké a pokolban marad, akkor eljuthat az infernális mátrix legmélyebb bugyraiba, beteljesítheti a gestaltot, és a pszichedelikus folyamat továbblendül.

A *"nincs kiút"* mátrixhoz szorosan kapcsolódik egy másik nehéz helyzet, amelyben az alany *repetitív verbális vagy motoros viselkedés* csapdájába esik; ezt a jelenséget a pszichiátriai szakirodalom verbigerációként vagy perszeverációként ismeri. A páciens hosszú percekre vagy órákon át úgy viselkedik, mint egy meghibásodott robot: egyre csak ugyanazokat a mozdulatokat, mondatokat vagy szavakat ismételteti. A kapcsolatfelvétellel irányuló próbálkozások többnyire kudarcot vallanak; semmilyen külső beavatkozás nem képes megtörni az automata-szerű viselkedést. A legtöbb esetben csak annyit tehetünk, hogy várunk, amíg a reakció spontán módon véget ér és az alany újra visszanyeri eszméletét. Ez a probléma olyankor szokott előfordulni, amikor a szer kivételesen erős érzelmi töltéssel rendelkező tudattalan anyagot aktivál. Hasonló, de kevésbé drámai jelenségek kísérhetik az erőteljesebb sűrítettélmény-rendszerek felszínre kerülését is. A repetitív viselkedés szélsőséges változatai szinte mindig a perinatális szinten zajló folyamatokkal járnak együtt. Ezeket az epizódokat az alanyok gyakran képtelenek felidézni, vagy csak töredékesen emlékeznek rájuk.

A pszichedelikus üléseken gyakori a *megőrüléstől való félelem*, amelyhez rendszerint a kontrollvesztés érzése is kapcsolódik. A félelemnek ezt a formáját leggyakrabban azok élik át, akik mindennapi életüket szigorú kontroll alatt tartják és rettegnék attól, hogy esetleg kicsúszhat a kezükből az irányítás. Ezzel a problémával szintén az előkészítő szakaszban egyeztetett stratégia szellemében járunk el: az alanyt arra bátorítjuk, hogy adja fel kontrolltörekvéseit. A páciens félelme rendszerint abból a téves elképzelésből fakad, hogy ha a kontrollt akár egyetlen pillanatra is elengedi, azzal végleg elveszíti a helyzet fölötti uralmat, és elhatalmasodik rajta az örület. Az általunk sugallt alternatív nézőpont az, hogy a kontroll elengedésével a páciens egy nyitott szituációt hoz létre, amelyben szabadon felszínre törhet az elfojtott, feldolgozásra váró anyag. Ha az alany képes megnyílni és ezzel szabadjára engedni a mélyben felgyülemlett energiát, akkor az valamennyi rendelkezésre álló csatornán, drámai és gyakran kaotikus megnyilvánulásokon keresztül kiözlök a pszichéből. Ezzel egyidejűleg az eredeti probléma elveszíti töltését és az alany a világhoz való könnyed és erőszakmentes viszonyulásra tesz szert. Az új képesség nem az eddiginél még erőteljesebb önkontrollról szól, hanem az ilyen irányú igény teljes megszűnéséről; elvégre mi szükség önkontrollra, ha nincs mit kontrollálni. Az önkontroll elvesztése és a záróizmok működése közti kapcsolat problémájával a fejezet egy későbbi részében foglalkozunk.

Az ülések során nyugodtan támogathatjuk az előbb említetthez hasonló "pszichotikus" kitöréseket, és ha a körülmények adottak, erre az ülések közti időszakban is teret biztosíthatunk - feltéve, hogy ezzel nem veszélyeztetjük az alany vagy mások biztonságát. Ezeket az élményeket nem maga az LSD váltja ki, a szer csak segít a személyiség mélyén lappangó, potenciálisan pszichotikus területek kémiai exteriorizációjában. Jól tesszük, ha az ilyen epizódokat nem klinikai problémaként, hanem egyedi terápiás lehetőségként kezeljük. A szóban forgó jelenségek közül a *paranoid reakciók* kitüntetett figyelmet érdemelnek. Ezek technikai szempontból azért okoznak nehézséget, mert a terápiás együttműködés alapját, a kísérőkkel kialakult bizalmi kapcsolatot támadják meg. Az ide tartozó problémák, amelyek az enyhe bizalmatlanságtól a mindent átfogó paranoid téveszméig terjednek, számtalan változatban fordulnak elő, és a tudattalan több szintjéről eredhetnek. A pszichodinamikus szinten ezek sok esetben a gyermekkori bántalmazás vagy a kora csecsemőkorban elszenvedett érzelmi depriváció és elhagyatottság epizódjaira vezethetők vissza. A paranoid érzés további fontos forrása a második és a harmadik perinatális mátrix, különös tekintettel arra a helyzetre, amellyel a "nincs kiút" élmény a kezdetét veszi. Ennek biológiai szintű megfelelője a születés megindulása, amikor a magzat zavartalan intrauterin életét alattomos és megfoghatatlan kémiai erők támadják meg. A paranoid érzés még korábbi forrásai lehetnek az embrionális krízisek, a traumatikus inkarnációs élmények, a negatív töltéssel bíró archetipikus struktúrák vagy egyéb transzperszonális jelenségek.

A kísérők iránti bizalmatlanság enyhébb változatait kezelhetjük úgy, hogy az alanyt emlékeztetjük az előkészítő szakaszban megbeszéltekre, és arra biztatjuk, hogy bizalmatlanságának forrását ne kint a külvilágban, hanem bent, a felszínre törekvő tudattalan anyagban keresse. Ez a megoldás nyilván csak akkor használható, ha az alany még elég bizalma van ahhoz, hogy bizalmatlanságának tényét megossza a kísérőkkel. Komolyabb esetben nem szól arról, hogy bizalmatlanná vált, ehelyett magába fordul, és egyedül próbál megbirkózni paranoid gondolataival és érzéseivel. Erről a kísérők talán nem is szereznek tudomást egészen addig, amíg az élmény véget nem ér és a bizalmi kapcsolat helyre nem áll. A paranoia extrém fokát acting-out viselkedés kísérheti, például egy akut paranoid LSD-alany megkísérelheti elhagyni a kezelőhelyiséget vagy megpróbálhatja megtámadni a kísérőket. Ezek a helyzetek a pszichedelikus terápia legkomolyabb kihívásai közé tartoznak. Ha ilyesmi fordul elő, többnyire csak egyet tehetünk: el kell kerülnünk, hogy az alany visszafordíthatatlan kárt tegyen önmagában, más emberekben vagy a környezetben, és ki kell várnunk, amíg a szer hatása alábbhagy. Amint az alany túljutott a paranoid reakción, a kísérőknek vissza kell őket fektetniük eredeti helyzetébe, rá kell adniuk a szemkötőt és a fejhallgatót, majd a korábban már ismertetett módszerek révén meg kell próbálniuk elérni az ülés kielégítő lezárását és a probléma integrálását.

A *szexuális acting out* szintén nehezen kezelhető problémákhoz vezethet. Ha az alany viselkedése nem érinti közvetlenül a kísérőket - ilyen például a genitális vagy az anális maszturbáció -, akkor a kísérők jobb, ha megengedően viszonyulnak ehhez. Egy ilyen epizód - a terapeuták megfelelő reakciója esetén - erőteljes korrektív élményt nyújthat a páciensnek, és hosszú ideje ható lelki sérülést gyógyíthat be, amelyet talán az érzéketlen szülők okoztak, amikor drasztikus büntetéssel reagáltak a kiskorú alany infantilis ösztöncselekvéseire. Ha a kísérők számára az alany viselkedésének elfogadása nehézséget okoz, akkor ezt tekintésük ösztönzésnek és egyedi lehetőségnek arra, hogy felderítsék saját attitűdjeik és reakcióik forrását.

A helyzet némiképp bonyolódik, ha az alany acting-out viselkedése a kísérők felé mutatott szexuális aktivitással jár együtt. Ilyenkor az általános szabály az, hogy nem engedhető meg semmilyen interakció, amely a genitáliák, a mell vagy a száj érintkezésével jár együtt. E megkötésnek komoly, a morális

megfontoláson túlmutató oka van. Ha a páciens az ülésen ilyen jellegű szexuális aktivitást mutat, az gyakran a mélyebb problémákkal szembeni ellenállás megnyilvánulása. Tipikus példa az a férfi páciens, aki infantilis szinten biztonságot nyújtó kapcsolatra vágyik, de mivel fél az ezzel járó függőségtől és kiszolgáltatottságtól, megpróbálja a női terapeutát szexuális úton megközelíteni. Ilyen helyzetben a kísérőknek mindig arra kell utasítaniuk a páciens, hogy merüljön mélyebbre az élményben ahelyett, hogy kijátszaná azt. Ez megtehető anélkül is, hogy reakciónkat a páciens elutasításként értelmezné. A kísérők számára a helyzet kezelését megkönnyíti, ha hivatkoznak a terápiás szerződésben rögzített szabályokra.

Az LSD-üléseken megnyilvánuló felnőtt szexuális aktivitásnak komoly negatív következményei lehetnek, mivel ezekbe az élményekbe - a szer realitásérzékét befolyásoló hatása miatt - az alany tudattalanjának több szintje is bekapcsolódhat. Az infantilis szintek gyakori bevonódása például saját sérülékenységet eredményezhet: a felnőtt szexuális aktivitás összekeveredhet az inceszt tabu megsértésével kapcsolatos félelemmel. Ennél fogva fennáll a veszély, hogy az élmény traumatikussá válik és hosszan tartó negatív következményekkel jár az alany számára, ami a kísérőkkel való kapcsolatra is romboló hatással lehet. Ennek több elrettentő példájával találkoztam a nem orvosi célú kísérletezés kontextusában, különösen kommunákban, ahol a fiatalok közös pszichedelikus élményeik során szexuális kapcsolatba léptek egymással. Láttam eseteket, amikor a mélyben meghúzódó, feloldatlan áttételes probléma és az ebből adódó szexuális konfúzió tönkretette a hétköznapi szintjén kialakult interperszonális kapcsolatot. Általában véve azt mondhatjuk, hogy egy LSD-ülésen az alany bármilyen szexuális fantáziát átélhet, amíg átélésében megmarad a fantázia szintjén. A kísérőknek nagyon tisztán és egyértelműen kell képviselniük saját attitűdjüket és motivációjukat, miközben az alanyt is integritással és kellő érzékenységgel kell megközelíteniük. Saját tapasztalataim azt mutatják, hogy a felnőtt szexuális aktivitásnak a pszichedelikus terápiában nincs létjogosultsága, és ha a kísérő mégis komolyan fontolóra veszi ennek lehetőségét, akkor először saját motivációit kéne megvizsgálnia. A pszichedelikus élmény alatt a felnőtt szexuális aktivitás csak olyan partnerek között engedhető meg, akik mindennapi életükben érzelmileg és szexuálisan is elköteleződtek egymás mellett. Bár a pszichedelikus élmény ebben az esetben érdekes dimenziókkal gazdagíthatja a szexuális interakciót, ez korántsem veszélytelen, így csak olyan partnerek próbálkozzanak vele, akik érettek, és mély tapasztalattal rendelkeznek a pszichedelikus folyamat természetét illetően.

A szexualitás jóval gyakrabban válik problémává azokon az üléseken, amelyeken fizikai intimitásra kerül sor, mint azokon, ahol a kísérők távolságtartó attitűddel viszonyulnak az alanyhoz. Mivel a pszichedelikus terápiában a közeli fizikai kontaktus rendkívül hasznos eszköz, a kérdést kicsit részletesebben is megtárgyaljuk. Az LSD-üléseken fellépő mély korregressziót gyakran kísérik intenzív anaklitikus érzések és tendenciák, különösen azoknál a betegeknél, akik gyermekkorukban komoly érzelmi deprivációtól szenvedtek. A beteg ilyenkor megfogja, cirógatja vagy szopogatja a kísérő kezét, fejét az ölébe hajtja, vagy összegömbölyödik, és várja, hogy az ringassa vagy dédelgesse őt. E megnyilvánulások regresszív jellege néha első látásra nyilvánvaló, mivel a páciens meggyőző jeleit mutatja a mély korregresszióknak. Vannak azonban esetek, amikor nem könnyű megállapítani, hogy egy adott viselkedés autentikus regresszív jelenség-e, véletlen megnyilvánulás, vagy az alany többé-kevésbé felnőtt szinten zajló szexuális közeledése. Különösen igaz ez az ülés későbbi szakaszaira, amikor a szer hatása már kezd alábbhagyni. Előfordulhat az is, hogy az infantilis és a felnőtt szint egyszerre van jelen, és az alany ide-oda váltogat a kettő között.

Az LSD-vel végzett kutatásaim korai éveiben freudiánus pszichiáterként rendre visszautasítottam az ilyen jellegű megnyilvánulásokat. Később azonban ráébredtem, hogy az erős anaklitikus igénnyel párosuló mély regresszióknak terápiás szempontból rendkívüli jelentősége van. Ha a terapeuta megengedően viszonyul hozzá, mély korrektív emocionális élményhez segítheti a páciens, míg ellenkező irányú viselkedésével a depriváció és az elutasítás hajdani, patológiás mintázatait idézi fel és erősíti meg. E felismerésem után rutinszerűen kezdtem használni a fizikai kontaktust, de rögvést visszavonultam, mihelyt az alany a szexualitás területére lépett. Jelenlegi gyakorlatomban nem húzok a két véglet közé ilyen éles határt. A kifinomult verbális és metakommunikációs jelzések segítenek egyezsége jutni a beteggel a tekintetben, hogy hol húzódik az anaklitikus megnyilvánulást a szexualitástól elválasztó vonal. Ha a helyzet mégis kezdene problémássá válni, vissza tudom állítani a mindkét fél számára elfogadható határokat anélkül, hogy a betegtől meg kéne vonnom az intim fizikai kontaktus lehetőségét. Ennek a kulcsa az, hogy a terapeuta teljesen világosan lássa saját motivációit, és az alannal ennek megfelelő tisztasággal és egyértelműséggel kommunikáljon. A problémák nagy része abból származik, hogy a terapeuta ambivalensen viszonyul a szexuális aktivitás lehetőségéhez, és emiatt ellentmondásos jelzéseket küld a páciens felé. Mint látható, ez meglehetősen összetett és érzékeny terület, így nehéz konkrét útmutatást adni. A terapeutának saját intuícijára és klinikai tapasztalatára kell támaszkodnia, hogy az adott helyzetre megfelelő megoldást

találjon. A folyamat további alakulásában itt is a terápiás kapcsolat természete, annak specifikus jellegzetességei, valamint az alany kísérőkhöz vetett bizalma jelenti a döntő tényezőt.

Az LSD-terapeuták praxisában előforduló problémák között kiemelt szerepet játszanak az *alany ellenséges és agresszív megnyilvánulásai*. Ha a pácienssel jó terápiás munkakapcsolatot sikerül kiépítenünk, akkor ezek nagyon ritkán okoznak technikai problémát. Az esetek nagy részében fenntartható a beteg és a kísérők kölcsönös együttműködése, még akkor is, ha az alany és a terapeuták intenzív drámajátékban vesznek részt. A kísérők játékos küzdelem formájában fizikai kapcsolatba léphetnek a pácienssel, ami egymás lökdösését, lefogását, sőt még fájdalom okozását is magában foglalhatja. Ilyen körülmények között nagyon kell vigyáznunk arra, hogy folyamatosan újradefiniáljuk a kontextust, és elkerüljük, hogy a szituáció az alany számára túl valóságossá váljon. Legjobb, ha a játékot a verbális kommunikáció és a metakommunikáció ügyes ötvözetével abban az ambivalens tartományban tartjuk, ami a terápiás munkának a leginkább kedvez. A helyzetnek elég valóságosnak kell lennie ahhoz, hogy az alany hajlandó legyen azonosulni vele és kiadni az érzéseit, de nem szabad annyira reálisra válnia, hogy már veszélyesnek és traumatikusnak tűnjön. A legfontosabb szempont, hogy mindvégig tartsuk fenn az alannal kialakult bizalmi viszonyt.

Annak ellenére, hogy az agresszió meglehetősen gyakori és intenzív eleme a pszichedelikus élményeknek, a destruktív késztetések elementáris erejű, kontrollálatlan kijátszása a felügyelet mellett folytatott LSD-üléseken csak nagyon ritkán fordul elő. Ha a kísérőknek mégis az az érzése támad, hogy ilyesmi készülődik, akkor a legjobb megoldás a fent említett közös drámajáték, amelyben az alany belső feszültségeit a kísérők együttműködésével fejezheti ki. Egy másik hatékony technika az, amikor a felszíni megnyilvánulások kezelése helyett megpróbálunk átváltani arra a szintre, ahol az agresszió háttérben meghúzódó szorongás, fájdalom és tehetetlenség rejtőzik. Egy agresszív páciensre, aki a kísérőket erejének és hatalmának fitogtatásával próbálja megfélemlíteni, sokszor meglepően erőteljes, szinte mágikus befolyással van, ha támogatóan és bátorítással fordulunk hozzá. Általában kijelenthetjük, hogy az agresszív megnyilvánulásokra akkor tudunk hatékonyan reagálni, ha látjuk a konkrét eset háttérben meghúzódó problémát, és megtaláljuk rá a megfelelő megoldást. Akárcsak a többi vészhelyzet esetén, a leglényegesebb tényező itt is a terapeuta válaszreakciója és a helyzet iránti attitűdje. Ha a páciens viselkedése a kísérőben szorongást vagy agressziót kelt, akkor ördögi kör alakulhat ki, amely rendszerint felerősíti az alany patológiás reakcióját. A következő eset, amelyre a Prágában folytatott munkánk korai periódusában került sor, jól illusztrálja az eddig elmondottakat.

Egy napon épp egy neurotikus páciens LSD-ülését vezettem, amikor az ülést erőteljes kopogás zavarta meg. Mivel ez teljességgel ellentmondott a kezelési szabályoknak, meglepetésemben az ajtóhoz mentem, hogy megnézzem, ki az. Egy riadt nővér volt, aki közölte, hogy sürgősen át kell mennem a másik szobába, mert Henry - egy másik LSD-páciens - teljesen "megőrült". Megkértem a nővért, hogy viselje gondját betegemnek, és azonnal az incidens helyszínére siettem. A kezelőhelyiséget katasztrófális állapotban találtam: a páciens egy tükröt összetört a mosdókagylón, a bútorokat felborította, a könyveket és az újságokat pedig apró cafatokra tépte. A szoba közepén álló beteg úgy üvöltött és hörgött, mint egy feldühödött orangután. A sarokban megláttam Júliát, egy fiatal kollégát, aki nem sokkal azelőtt csatlakozott terápiás csapatunkhoz. Júlia kísérőként már korábban is vett részt LSD-üléseken, de ez az ülés volt az első, amelyet egyedül vezetett. Arca elsápadt, keze remegett, és látszott rajta, hogy fél.

Ekkor határozottan Henryhez léptem és kézen fogtam - egyrészt, hogy kontaktust teremtsék vele, másrészt, hogy kisebb eséllyel tudjon nekem ugrani. "Nincs semmi baj, ne félj, senki nem akar bántani" - mondtam megnyugtató hangon, majd a kanapéra mutattam. "Leülhetnének oda?" "Szeretnék rájönni, hogy mi történt az előbb." Leültünk, és nekiálltam kérdezősködni; megpróbáltam rájönni, hogy mi váltotta ki Henry agresszióját. Nemsokára fény derült a problémára: Henry az ülés elején a korai gyermekkorba regresszált, és ennek kapcsán erős igénye támadt a testi közelségre és a gyengédségre. A fizikai kontaktus iránti vágyától hajtva fejét megpróbálta Júlia ölébe hajtani. Júlia azonban pánikba esett, eltolta őt magától és megdorgálta, amiért a terápiás kapcsolatba szexuális elemeket mert behozni. Júlia elutasítása Henryben felidézett egy nagyon fájdalmas gyermekkori emléket, amelyben anyja a kisfiút maszturbáláson kapta. Az anya nagy jelenetet rendezett, és elmondta a dolgot apjának is, aki kegyetlenül elverte a fiút. Henry ennek a traumának a nyomán képtelenné vált a gyermeki odaadásra és a szexuális érzésekre. A szexualitásnak a büntetéssel és a szorongással való párosítása ugyanakkor Henry tudattalanjának perinatális szintjét is hozzáférhetővé tette, és Henry ezen a ponton úgy "döntött", hogy az agresszió útját választja.

Beszélgetésünk közben Júlia felocsúdott a sokkból, amelyet pszichedelikus keresztelője okozott, és pszichológiai támogatásom mellett engedélyt adott Henrynek, hogy fejét az ölébe hajtsa és megfogja a

kezet. Egy másik nehéz próba azonban még hátra volt. Körülbelül fél óra múlva Henry, aki addigra visszamerült élményébe és lehunytt szemmel feküdt a kanapén, lassan játszani kezdett a péniszével. Eközben szemét időről-időre kinyitotta, hogy lássa, mit szólunk ehhez. Amikor a várt reakció elmaradt, fokozatosan kinyitotta a nadrágját és maszturbálni kezdett. Az ejakuláció Henrynek drámai fizikai és érzelmi megkönnyebbülést hozott; az élmény pszichológiai hatása messze túlment a fiziológiás kielégülésen. Úgy érezte, hogy a szüleit szimbolizáló kísérők előtti maszturbálás - amelyet a "szülők" ezúttal nem utasítottak vissza - lehetővé tette számára, hogy túllépjen gyermekkori szexuális traumáján és felszabadította a szexuális életét.

Az ülés Júlia számára is sok tanulsággal szolgált. Hozzásegítette őt ahhoz, hogy toleránsabb legyen az LSD-üléseken előforduló szokatlan megnyilvánulásokkal, és ennek következtében jobb, hatékonyabb terapeutává vált.

Az LSD-üléseken előforduló krízishelyzetek felsorolását a pszichedelikus élményt gyakran kísérő *fizikai megnyilvánulások* ismertetésével zárjuk. Ezek enyhébb formában többnyire nem jelentenek technikai kihívást, extrém változataik azonban eléggé riasztóak lehetnek. Mint korábban már említettem, egyikük sem tekinthető az LSD közvetlen farmakológiai hatásának; a fizikai tünetek kivétel nélkül komplex pszichoszomatikus megnyilvánulások. Az LSD-üléseken fellépő szomatikus jelenségekkel kapcsolatban az a stratégia, hogy az alany minél mélyebben át kell élnie őket; e megközelítés terápiás értékét a klinikai tapasztalatok ismételtén visszaigazolták.

Az LSD-üléseken felmerülő fizikai megnyilvánulások közül a leggyakoribbak a különféle motoros jelenségek, így az általános izomfeszültség, a komplex testhelyzetek, a csavarodó mozdulatok, a remegés, a rángás és a rohamszerű epizódok. Ezek a jelenségek rendkívül értékes lehetőséget kínálnak a mélyben felgyülemlett energia kisütésére, így kívánatos, hogy az alany hagyja őket szabadon kibontakozni. A kísérők ügyeljenek rá, hogy a páciens ne próbálja elfojtani, irányítani vagy bármi módon befolyásolni ezeket a jelenségeket. A felgyülemlett energiát a legjobb zabolátlanul kiereszteni, még akkor is, ha ez végül erőteljes hisztériás kitörésben vagy epileptiform rohamban nyilvánul meg. Ha a szer hatása nem elég erős ahhoz, hogy a testben lévő feszültség spontán kioldódjék, akkor az alany elősegítheti ezt a szóban forgó testtájékok tudatos megfeszítésével, illetve szoborszerű pózok felvételével és hosszú kitartásával. A felszíni nyomásgyakorlás és a mély masszázis szintén hasznosnak bizonyulhat.

A pszichedelikus üléseken rendkívül gyakoriak a különféle légzési nehézségek. Ezek esetenként autentikusnak tűnő asztmás rohamok alakját öltik; erre főként olyanoknál kerül sor, akik korábban is szenvedtek hasonló problémától. Az LSD-ülések kontextusában az alanyt arra kell bátorítanunk, hogy próbálja minél teljesebben átélni a fulladással járó kellemetlen érzeteket. Ugyanakkor biztosítsuk őt afelől, hogy nincs ok az aggodalomra, hiszen az általa tapasztalt légzési nehézség szubjektív, és a légzéssel valójában nincs semmi probléma. Nagyon fontos, hogy e tekintetben őszinte és objektív visszajelzést nyújtsunk az alany számára. Ebben a helyzetben a köhögésnek és az üvöltésnek rendkívüli feszültségoldó hatása lehet, de csak akkor, ha ezekre a folyamat természetesen részeként, spontán kerül sor.

A pszichedelikus folyamatban a fizikai fájdalom érzése szintén fontos szerepet játszik, így ha jelentkezik, ennek is teljes átélésére kell törekedni. Ilyen tünet jellemzően akkor lép fel, amikor a páciens valamilyen múltban lejátszódott fizikai traumát él újra, például betegséget, balesetet, operációt vagy a saját születését, de hordozhat szimbolikus jelentést is. A transzperszonális élmények egyes fajtáit, így az elmúlt inkarnációs emlékeket vagy az ancesztrális és filogenetikus élményeket szintén kísérheti intenzív fizikai fájdalom. Az ülés második felében, amikor a szer farmakológiai hatása kezd alábbhagyni, hasznosnak bizonyulhat, ha nyomásgyakorlással vagy mély masszázis révén felerősítjük a páciens fizikai érzeteinek intenzitását. A fájdalommal dolgozó kísérőknek mindig hangsúlyozniuk kell, mennyire fontos annak minél teljesebb átélése, illetve a mögötte rejtőzködő emóció fizikai és érzelmi kifejezése. Gyakori, hogy maga a páciens sürgeti a minél intenzívebb nyomásgyakorlást, esetenként jelentősen túllépve azt a szintet, amit a terapeuták elfogadhatónak tartanak. A felügyelet nélkül folytatott utazásoknál előfordulhat, hogy az LSD hatása alatt álló személy megpróbál kárt tenni magában, ezzel próbálván exteriorizálni az általa érzékelt pszichoszomatikus fájdalmat. Nem kizárt, hogy ez a mechanizmus húzódik meg a médiában széles körű publicitást kapott öncsonkítások és egyéb önsértések háttérében is.

Hányinger és hányás rendszerint azoknál fordul elő, akik gyermekkorukban is hajlamosak voltak erre, továbbá akik mindennapi életükben megszokták, hogy így reagáljanak a különféle stresszhelyzetekre. Ha a páciensnek hányingere támad, azt nem szabad enyhíteni, sőt bátorítani kell a beteget, hogy hányjon. A hányásnak gyakran erőteljes tisztító hatása van, ami a nehéz LSD-üléseken sokszor bizonyul pozitív

fordulópontnak. A jelenségnek különösen nagy szerepe lehet azoknál, akik mindennapi életükben kifejezett elutasítással viszonyulnak hozzá. Ha valaki érzi a hányingert, de nem hajlandó háyni, az egy központi szerepet játszó blokk jelenlétére utalhat, ami a tudattalan különböző szintjein elhelyezkedő erőteljes érzelmi anyaggal is összekötésben állhat. Egyes LSD-alanyok a hányást követően arról számolnak be, hogy generációkon át gyűjtögetett szeméttől szabadultak meg. Mások úgy érzik, sikerült kilöknüik magukból a rossz szülő vagy a mostoha szülő introjektált képét. Néha előfordulnak az ördögűzéshez hasonló jelek is, amikor a sugárban hányó alany úgy érzi, ezzel földön kívüli eredetű, transzperszonális energiaformáktól szabadult meg.

A vizeléssel és székeléssel kapcsolatos problémák a pszichedelikus üléseken különös gyakorisággal jelentkeznek: megfigyelhetünk uretrális és anális görcsöt, ürítésre való képtelenséget, de erős vizelési vagy székelési ingert, illetve a hólyag és a belek fölötti kontroll elvesztésének félelmét is. A vizelési nehézségek rendszerint olyan személyeknél lépnek fel, akik hétköznapi életükben a különféle stresszhatásokra bevizeléssel (pollakisuria) reagálnak, vagy a klasszikus freudi uretrális személyiség olyan jellegzetességeit mutatják, mint az erős ambíciók, valamint a presztízvesztéstől, megszégyenüléstől és baklövésektől való félelem. Ha az alany múltjában előfordult enuresis (ágybavizelés), akkor ez az LSD-ülésen is bekövetkezhet. Hasonló problémák jelentkezhetnek azoknál a nőknél, akik azért szenvednek frigiditástól vagy hiányos orgazmustól, mert félnek, hogy a szexuális orgazmus pillanatában elvesztik a hólyagjuk feletti kontrollt. A pszichodinamikus szinten az uretrális probléma - a pszichoanalitikus leírásokkal összhangban - többnyire valamely konkrét életrajzi traumával áll kapcsolatban. Vannak azonban mélyebb gyökerei is: meglehetősen konkrét kapcsolat mutatható ki az uretrális diszfunkció és a születési folyamat perinatális mátrixainak egyes aspektusai között. A vizelés visszatartása így a második perinatális mátrixhoz köthető, az erőteljes ürítési inger és az emiatt jelentkező konfliktus a harmadikhoz, a hólyag feletti kontroll elvesztése pedig a harmadikból a negyedikbe való átlépéshez.

Az LSD-vel végzett munkám korai éveiben az ilyen jellegű problémákkal küzdő betegek rendre elkerülték az uretrális anyaggal való konfrontációt azzal, hogy a probléma közeledtekor félbeszakították az élményt, és a fürdőszobába távoztak. Egyetlen ülésen néha 15-20 alkalommal is ellátogattak a WC-re, holott az esetek többségében ezt semmilyen fiziológiás kényszer nem indokolta. Amikor ráébredtem, hogy a páciensek valójában az uretrális anyag felmerülését próbálják megakadályozni, megtettem a szükséges óvintézkedéseket: gumilepedőt tettem alájuk és arra kértem őket, hogy próbáljanak átlendülni a bevizeléssel kapcsolatos ellenérzéseiken. Ha egy páciens erősen tiltakozott, felajánlottam, hogy az ülés alatt viseljen sebészeti gumipelenkát. Újításomnak meglett az eredménye: az érintett betegek alig néhány ülés leforgása alatt komoly uretrális konfliktusoktól és blokkoktól szabadultak meg, függetlenül attól, hogy üléseiken ténylegesen bevizeltek-e. Ha egy páciens az LSD-ülés alatt elveszti a hólyagja fölötti kontrollt, azt többnyire olyan gyermekkori traumatikus élmény újraélése kíséri, amelyben az alanyt szülei vagy kortársai megbüntették vagy kigúnyolták egy vizeléssel kapcsolatos baleset miatt. Ha az alany az ennek folytán kialakult blokkot ki tudja oldani, azzal szabad utat nyit a vizelést eredetileg kísérő libidinális örömmel, és ezzel elősegíti az élménynek való teljes önátadást. Mélyebb szinten ez gyakran a születés pillanatával köti össze a páciens, amikor az órákon át tartó vajúdást végül megkönnyebbülés és esetenként az ehhez társuló reflexes vizelés követi.

A székeléssel kapcsolatos problémák a fentiekhez hasonló képet mutatnak. Ezekkel főként a kényszerbetegeknél, a látens vagy manifeszt homoszexuális tendenciákat mutató férfi pácienseknél, illetve az anális személyiségeknél találkozunk. Pszichodinamikus szinten a székelési gondok a WC-re szoktatás körüli konfliktusokhoz, a gyermekkorban elszenvedett bélrendszeri rendellenességekhez, illetve a beöntések emlékéhez kapcsolódnak. Mélyebb szinten az anális visszatartás a második, a székelési inger pedig a harmadik perinatális mátrixhoz köthető. A robbanásszerű bélürítés és az anális kontroll elvesztése pszichológiailag az ego halálával és a születés pillanatával hozható összefüggésbe. Bár az LSD-üléseken gyakoriak a különféle anális problémák, kontrollálatlan bélürítésre vagy a széklet manipulációjára nagyon ritkán kerül sor: az általam áttanulmányozott több mint ötezer LSD-ülés közül mindössze tíz esetben fordult elő hasonló incidens. Ez azonban nem feltétlenül tükrözi a tényleges klinikai realitást. A mi társadalmunkban a széklettel szembeni tabu jóval erősebb, mint a vizeléssel kapcsolatos. Nem valószínű, hogy akár az alany, akár a kísérők nagy kedvvel takarítanak el az alany anális elengedésének melléktermékeit. Utólag visszatekintve megállapíthatom, hogy míg az LSD-ülésekre jelentkező alanyokkal mindig átbeszéltük a hólyag fölötti kontroll elvesztésének lehetőségét, és próbáltuk eloszlatni az ezzel kapcsolatos aggodalmakat, a székelést illetően soha nem adtunk hasonló útmutatást. 1972-ben egy komoly kényszerneurózistól szenvedő páciensemél, aki tizennyolc éve járt eredménytelenül pszichoanalízisbe, drámai javulást hozott,

amikor az illető egy LSD-ülésén elveszítette a belei fölötti kontrollt, és a mély regresszió állapotában órákon át a széketével játszott. Ennek az esetnek a kapcsán megsejtettem, miféle okai lehetnek, hogy a súlyos kényszerbetegek gyógyításával rendre kudarcot vallunk. Ha egy páciens LSD-terápiájában ismételt előkerülnek az analízis jellegű problémák, akkor a betegnek javasoljuk, hogy adja fel ellenérzéseit, és engedje el a kontrollt. A gumipelenka ebben az esetben is jó szolgálatot tehet.

AZ LSD-TERÁPIA NEGATÍV UTÓHATÁSAI

Az LSD-terápia a mély tudattalanban rejtőző anyag aktiválásának, felszínre hozásának és tudatos integrálásának folyamata. E terápiás modalitás lényegét az LSD-ülések adják, amelyek ideális esetben egymástól függetlenül beteljesített pszichológiai gestaltokat alkotnak. A pszichedelikus terápiához azonban az üléseket elválasztó időszakok dinamikája éppúgy hozzátartozik. Az LSD-ülések sorozatára épülő terápiás folyamatban nem húzható éles határvonal az ülésen és az üléseket elválasztó köztes időszakban lejátszódó események között. A tudattalan vezérlő rendszereinek dinamikus kibomlása jóval a szer hatásának megszűnése után is tart, erre a páciensek álmélete bőséges bizonyítékkal szolgálnak. Úgy tűnik, kontinuitás áll fenn az LSD-alany álmai és a pszichedelikus ülésen átélt élmények között: az ülést megelőző álmok sokszor előre jelzik annak tartalmát, az ülés utániak pedig a felszínre hozott anyagon dolgoznak, és a nyitva maradt gestaltokat próbálják beteljesíteni.

Bár az LSD-ülések internalizálása és a lecsengő szakaszban végzett pszichológiai munka nagyban megkönnyíti az ülésen felmerült anyag integrálását, mégsem garantálhatjuk, hogy az ülés végére minden pszichológiai gestaltot be tudunk teljesíteni. Annak az esélye, hogy egy ülés lezáratlan marad, és ennek következtében komplikáció alakul ki, jelentősen megnő, ha az alany eleve súlyos érzelmi problémától szenved, vagy ha a beteg introspektív munkáját ülés közben negatív körülmények zavarják meg. A lehetséges komplikációk között megemlíthetjük az eredeti tünetek felerősödését, a pszichopatológia új formáinak kialakulását, a hosszan tartó reakciókat, illetve az LSD-re jellemző hatások későbbi váratlan felbukkanását ("flashback"). Ezek a jelenségek kivétel nélkül a feltárási folyamat dinamikájához tartoznak, így az LSD-pszichoterápia kiszámítható kockázataiként kell kezelnünk őket.

A szakirodalomban olvashatunk cikkeket, amelyek szerint ezek a komplikációk annak tudhatók be, hogy az LSD nem ürül ki teljesen a szervezetből, hanem egy bizonyos mennyiség meghatározatlan ideig az agyban marad. Ez az elképzelés nem egyeztethető össze sem a farmakológia alaptéziseivel, sem az LSD testben való eloszlására és metabolizmusára vonatkozó laboratóriumi eredményekkel. A vizsgálatok azt mutatják, hogy mire a pszichedelikus élmény a tetőpontjára ér, az LSD már egyáltalán nincs jelen az agyban. A klinikai kutatások eredményei alapján úgy tűnik, hogy az LSD-ülések negatív utóhatásait nem a szer direkt kémiai hatása okozza: a jelentkező tünetek valójában a tudattalan folyamatok dinamikáját tükrözik, és ennek megfelelően kell értelmeznünk, illetve kezelnünk őket.

A nem kielégítően lezárt LSD-ülés nyomában jelentkező pszichopatológiás tünetek köre meglehetősen széles. Általában kijelenthetjük, hogy bármilyen pszichológiai tartalom, ami az ülés során aktivált dinamikus mátrixokból vagy a tudattalan egyéb területeiről a felszínre bukkan és az ülés végéig feloldatlan marad, az ülés után határozatlan ideig hatása alatt tarthatja az alanyt, vagy egy későbbi időpontban váratlanul újra a felszínre kerülhet. Az alanyt ilyenkor különféle érzelmi minőségek kerítik hatalmukba, így felléphet depresszió, kisebbségi érzés, szuicid készlettség, affektív labilitás vagy érzelmi inkontinencia, magányosság, szorongás, bűntudat, paranoid képzelgés, agresszív feszültség vagy mániás izgatottság. Előfordulhatnak pszichoszomatikus tünetek is, például hányinger vagy hányás, légzési nehézség, pszichogén köhögés, kardiovaszkuláris probléma, székrekedés, hasmenés, fejfájás, a test különböző részeiben érzett fájdalom, hidegrázás, hőhullám, fokozott verejtékezés, "másnaposság", influenzához hasonló tünetek, fokozott nyáleválasztás, bőrpír vagy különféle pszichomotoros megnyilvánulások: általános gátoltság vagy izgatottság, izomgörcsök, izomrángás vagy remegés. Egy aktivált, ám feloldatlanul maradt tudattalan gestalt ezeken túl befolyással lehet az alany gondolati folyamataira is: a páciens a háttérben működő anyagnak megfelelően gondolkodhat bizonyos témákról, így a szexualitásról, férfiakról, nőkről, házasságról, tekintélyről, a létezés értelméről, a vallás életben betöltött szerepéről, a szenvedésről, vagy az igazságtalanságról. Azok a határozott ítéletek és vélemények, amelyeket az alany ilyenkor megfogalmaz, rendszerint drasztikus változáson mennek át, mihelyt a háttérben munkáló tudattalan gestaltot sikerült beteljesíteni.

A fentieknél ritkábban ugyan, de előfordulhatnak hosszan tartó percepciók változások is: az alany a színérzékelés zavaraira, homályos látásra, szellemképekre, spontán hallucinációra, a testkép elváltozására, a hallás felerősödésére, fülzúgásra vagy különös testi érzetekre panaszkodhat. Esetenként az eddig ismertetett érzelmi, pszichoszomatikus, mentális és perceptuális változások egyedi kombinációja egy teljesen új klinikai szindrómát eredményez, amelyet az alany korábban soha nem tapasztalt. Ezek a tünetek - amelyeket a páciens tudattalanjában lappangó látens mátrixok tartalmának aktivációjaként és exteriorizációjaként foghatunk fel - rendszerint nyomban eltűnnek, mihelyt a nekik megfelelő tudattalan anyagot a páciens maradéktalanul átéli és integrálja.

Az LSD-ülések negatív utóhatásainak általános jellegét az határozza meg, hogy az ülésről hátramaradt anyag a tudattalan mely szintjéről származik, a tüneteket pedig a nyitva maradt mátrixok konkrét tartalma. A tudatban jelenlévő aktív, feldolgozatlan mátrixok hatással vannak a páciens érzelmi reakcióira, gondolatvilágára és viselkedésmintáira, de meghatározzák azt is, hogy az illető miként észleli önmagát és a külvilágot. Az aktivált funkcionális rendszerekhez kapcsolódó klinikai tünetek az ülés után még sokáig jelen lehetnek. A negatív utóhatás néha a páciens eredetileg is fennálló érzelmi, pszichoszomatikus vagy interperszonális problémáinak felerősödését jelenti; máskor olyan tünetek bukkannak fel, amelyektől a páciens gyermekkorában, kamaszként vagy életének egy későbbi periódusában szenvedett. A negatív utóhatás azt a helyzetet is ismételheti, amely az alany manifeszt neurotikus vagy pszichotikus tüneteinek kialakulását kísérte, ez klinikai jelenségekre és interperszonális mintákra egyaránt vonatkozhat.

Van egy fontos mechanizmus, amelyről ezzel kapcsolatban mindenképp említést kell tennünk. Korábban már kifejtettük, hogy egy tudattalanban aktiválódott dinamikus mátrix a páciens élményeinek jellegére és a külső környezet érzékelésére egyaránt hatással van. Gyakran megesik, hogy az alany a tudattalan konstelláció tartalmát kívülre vetíti: megkísérli létrehozni annak tükörképét a terápiás helyzetben és a hétköznapokban. Ha ennek pszichodinamikáját mélyebben megvizsgáljuk, akkor nagyon érdekes mechanizmusra bukkanunk, amelyet leginkább az érzelmi-kognitív disszonancia elkerülésére irányuló magatartásként jellemezhetnénk. Úgy tűnik, mi emberek igen nehezen viseljük, amikor nem találjuk a kapcsolatot saját szubjektív érzéseink és/vagy érzeteink, valamint a külvilág eseményeinek kognitív interpretációja között. Ha kellemetlen érzéseink támadnak, akkor jóval könnyebben fogadjuk el azt a magyarázatot, hogy ezeket az objektív valóságban fennálló körülmények okozzák, mint azt, hogy ezek saját tudatunk értelmezhetetlen és abszurd megnyilvánulásai.

Például egy páciens, aki a tudattalanjából eredő szorongás és fenyegetettség irracionális érzéseivel szembesül, a fenti mechanizmus folytán olyan manővereket hajthat végre, amelyekkel ellenérzéseket kelt a terapeutában, a partnerében vagy a munkaadójában. Ha ezek a manőverek sikerrel járnak, akkor az azelőtt értelmezhetetlen szorongás egyszeriben konkrétá és kezelhetővé válik: az alany immár teljes szívvel aggódhat a terapeuta támogatásának elvesztése, a kezelési folyamat veszélyeztetése, házasságának szétesése vagy munkahelyének elvesztése miatt. A tudattalan szorongás intenzívebb változatainál az alany kockázatkereső magatartást is tanúsíthat; ilyen például a felelőtlen vezetés, az ejtőernyőzés, a rossz hírű környéken tett séta vagy a kérdéses reputációjú bárók és éjszakai klubok látogatása. Ha a páciens mély, irracionális büntudat gyötri, szintén viselkedhet inadekvát módon: felrúghatja a terápiás szerződést, megpróbálhatja bántani, irritálni a terapeutát, vagy verbálisan intézhet támadást ellene. Hétköznapi életében olyan, erősen megkérdőjelezhető tetteket hajthat végre, amelyek alkalmasak lehetnek a büntudat kiváltására, majd az így létrehozott külső körülményeket a belső valóság racionalizálására használja fel: büntudatát a külső eseményekhez kapcsolja, és így látszólag kongruenssé teszi azt az objektív valósággal. Ez a mechanizmus a terápiás helyzetben és a beteg hétköznapi életében egyaránt komoly nehézségeket okoz. A pszichedelikus terápia sikere szempontjából döntő fontosságú, hogy a jelenséget idejében felismerjük, és megfelelően kezelni tudjuk.

A sűrítettélmény-rendszerek különböző szintjeinek aktivációját kísérő változások rendszerint nem ennyire drámaiak: megmaradnak a különféle neurotikus és pszichoszomatikus tünetek szintjén. Az egyetlen kivétel az az eset, amikor az aktivált réteg a kora gyermekorból származik és/vagy kivételesen erős érzelmi töltéssel bír. Ha egy fontos szerepet játszó sűrítettélmény-rendszer az ülés során feloldatlan marad, akkor az ülést követő időszakban felerősödnek a hozzá kapcsolódó klinikai tünetek, és a külső környezet észlelése is a megfelelő irányban torzul. Emellett az alany megkísérlelheti a rendszer általános témáját vagy rétegeinek egyéni jellegzetességeit a terápiás helyzetre és a mindennapi élet különféle aspektusaira vetíteni. Ennek következtében bizonyos helyzetekre szokatlan viselkedéssel válaszolhat vagy túlreagálhatja azokat. Ha megfigyeljük az alany ilyenkor tanúsított interperszonális viselkedését, komplikált pszichológiai manőverekre bukkanunk; ezek célja, hogy az alany az élményéhez illeszkedő attitűdöt váltson ki másokból.

Ha a manőver sikerrel jár, az előálló helyzet az ülés során feloldatlanul maradt eredeti trauma közelítő másává válik. Mivel ez a fejezet az LSD-terápia komplikációival foglalkozik, itt értelemszerűen a negatív sűrítettélmény-rendszerek aktivációjáról beszélünk. Ugyanakkor látnunk kell, hogy ez a mechanizmus a pozitív sűrítettélmény-rendszerek aktivációja esetén is működik, és hasonlóan erőteljes következményekkel járhat.

Ha az LSD-ülés negatív utóhatása egy sűrítettélmény-rendszer nem kielégítő feloldásának tudható be, akkor a jelentkező tünetek általános természete és konkrét tartalma mindig a háttérben lévő tudattalan anyagot tükrözi. A probléma dinamikája elsősorban homályos lehet, ilyenkor a terapeutának meg kell várnia, míg a mögöttes anyag a felszínre kerül és a gestalt beteljesedik, hogy a jelenséget megfelelően értelmezni tudja. Egy tapasztalt LSD-terapeutának azonban nem kell feltétlenül az utólagos értelmezésre hagyatkoznia. A mögöttes anyag általános természete sokszor előrejelezhető a negatív utóhatás jellegzetességei alapján. Hogy a fenti összefüggéseket kézzelfoghatóbbá tegyük, álljon itt az alábbi klinikai eset:

Tom, a huszonhat éves fiatalember azért vett részt LSD-terápiás programunkban, mert súlyos impulzív neurózistól szenvedett, amelyet otthona rendszeres elhagyásával, csavargással, mértéktelen alkoholfogyasztással és más drogok használatával súlyosbított (poriománia, dipszománia és toxikománia). Viselkedésének több kifejezetten antiszociális eleme volt. Ha vendéglőbe vagy bárba ment, többnyire fizetés nélkül távozott; néha a személyes holmiját hagyta ott a későbbi fizetés zálogául. Kiadásait lopással fedezte: pénzt és különféle értéktárgyakat tulajdonított el idegenektől, rokonaitól vagy barátaitól. Éjszakánként erdőben, közparkban vagy vasútállomáson aludt, személyes higiéniáját nagy mértékben elhanyagolta. A fiatalembert azután utalták be az LSD-programba, hogy két éven át próbálták kezelni többféle hagyományos eljárással, sikertelenül. Korábbi pszichiátereik közül néhányan szkizofrénként diagnosztizálták, így Tom részese lehetett egy sorozat inzulinos kómakezelésnek is.

Tom első huszonhat LSD-ülése szokatlan egyhangúsággal telt. Általános hangulatát a helyenként pánikká fokozódó szorongás jellemezte, amely masszív izomgörcsökkel és remegéssel kísért izgatottsággal párosult. Ezeket a jelenségeket egy torz, sápadt női arc visszatérő víziói kísérték. A későbbi üléseken Tom élménye újabb elemmel gazdagodott: ha meghallotta, hogy a közeli mosdóban folytatják a vizet, erős haragra gerjedt és agresszióját csak nehezen tudta féken tartani. Ezzel egyidejűleg komoly ellenérzéseit támadtak a női terapeutával és a nővérekkel szemben: megjelenésükre irritáló viselkedéssel és durva verbális támadással válaszolt. Látomásaiban a sápadt női arc mellett vízzel kapcsolatos képek is megjelentek: tengerekhez, tavakhoz és folyókhoz kötődő veszélyes helyzetek, valamint bátor tengerészek és vízi állatok, amelyek a víz elem fölött megszerzett uralmat szimbolizáltak.

Az üléseket elválasztó periódusokban Tom állapota közel járt a pszichózishoz: időnként váratlan pánikrohamok vettek rajta erőt, és intenzív gyűlöletet táplált a női nem irányában. A folyóvizet továbbra sem tudta elviselni: kvázi fizikai támadást intézett bárki ellen, aki meg merte nyitni a vízcsapot. Viselkedése számtalan konfliktus forrásává vált: intoleranciájával, hanyagságával és agressziójával rendre kihívta betegtársai és a nővérek haragját. Mindemellett izgatottnak is tűnt, és akaratlan motoros jelenségek egész sorát produkálta.

Néhány ülés elteltével újabb elemek bukkantak fel a Tom LSD-élményeit kísérő víziókban, amelyek első látásra meglehetősen zavarba ejtőnek és értelmezhetetlennek tűntek. Látomásában gyors egymásutánban váltogatták egymást a fürdéssel kapcsolatos tárgyak: zuhanyrózsák, vízcsapok, szappanok, fürdőszobacsempék, szivacsok, mosdókefék és fürdőjátékok. Az ártalmatlannak tűnő víziókat meglepően erős szorongás és erőteljes motoros kisülések kísérték. Tom elégedetlen volt az események alakulásával: zavarba ejtő élményeit "őrült hebehurgyaságnak", "zagyvaléknak" és "káosznak" titulálta. Ez a látszólag elkülönült élménykomplexum azonban egyből a helyére került, mihelyt Tom újraélt egy sor, korai gyermekkorából származó traumatikus emléket. Mint kiderült, Tomra két és három éves kora között egy érzelmileg zavart gondozónő vigyázott, aki később pszichotikussá vált. A nő mostohán bánt vele, és több alkalommal sadista módon megfélemlítette, különösen fürdetés közben. A felidézett emlékek helytállóságát Tom mostohaanyja igazolta, aki azonnal kiutasította a házból a dadust, mihelyt rájött, hogy kihasználja a gyermeket. Miután Tom ezeket a traumákat teljes mélységükben újraélte, a fent leírt élményelemek nagy része eltűnt. A szorongás és az izomrángás viszont megmaradt, annak ellenére, hogy eredetileg azt gondoltuk, ezek a jelenségek is a dadával kapcsolatos traumákhoz kötődnek. Ettől a ponttól Tom LSD-üléseken átélte szorongása jóval primitívebb és elementárisabb jelleget öltött, az izomrángásokhoz pedig igen kellemetlen szag- és íz-hallucinációk társultak. Ahogy az ülések tovább folytatódtak, Tom fokozatosan egy újabb gyermekkori emléket közelített meg, amelyben szájnyálkahártyáját egy gombás fertőzés miatt fertőtlenítő oldattal kezelték. Az emlék újraélése közben az izomrángások Tom feje és nyaka körül koncentráálódtak, és Tom rájött, hogy ezek védekező reakciók, amelyekkel gyermekként az említett

beavatkozást próbálta elkerülni. Az üléseket elválasztó periódusokban Tom erőteljes negatív attitűddel viszonyult a kórházak és általában az orvostudomány iránt; kritizálta és gúnyolta kezelési eljárásunk orvosi vonatkozásait, sőt fel is lázadt ezek ellen.

A terápiás folyamat következő fázisában Tomon intenzív éhség- és szomjúságérzés vett erőt; szorongása mellett fájni kezdett, és úgy érezte, belsejében érzelmi űr alakult ki. LSD-ülésein azokkal a traumákkal szembesült, amelyek élete első hét hónapjában érték a gyermekgondozóban, ahová születése után került. Eközben intenzív vágyat érzett a női jelenlétre, így megkérte a női terapeutát és a nővéreket - akiket korábban ki nem állhatott -, hogy legyenek kísérői az ülés alatt. Tom számára az ülésen jelenlévő nők azt a frusztrációt és érzelmi deprivációt kompenzálták, amelyet a gyermekotthonban kellett elszenvednie, ahol a személyzet felületes és mechanisztikus attitűdje nem tette lehetővé, hogy a csecsemő igényei kielégüljenek. Az üléseket elválasztó időszakokban Tom arra vágyott, hogy megtalálja az ideális nőt; emiatt depresszióba esett, és ellenállhatatlan késztetése támadt arra, hogy leigya magát, valamint különféle drogokat fogyasszon.

Amikor elkezdte újraélni saját születését - amelybe anyja belehalt, és amelyet ő maga is csak kis híján élt túl -, ráébredt, hogy tüneteinek nagy része valójában a perinatális szinten gyökerezik. Pánikrohamai, agressziója, bűntudata és agított feszültsége hirtelen új értelmet nyertek, mint a születési trauma derivátumai. Ezt követően úgy látta, hogy erőteljes izomrángásai valójában a szülés "hidraulikus" aspektusával kapcsolatos elfojtott energiák kisülései. A perinatális üléseket elválasztó időszakokban Tom impulzívan, könnyörtelenül és kiszámíthatatlanul viselkedett. Magatartását a szokatlan, ambivalens késztetések kijátszása, valamint a függőség és a függetlenség körüli konfliktusok jellemezték, amelyek nagyrészt az áttételes kapcsolatban fejeződtek ki. A hagyományos megítélés szerint az e periódusban tanúsított viselkedése egyértelműen pszichotikus volt.

Tom a 65. pszicholitikus ülésén jutott el a születési folyamat beteljesítéséig, és ekkor élte át élete első mély transzcendens élményét is, amely drámai, de később átmenetinek bizonyuló javulást hozott. További hat ülésre - és még néhány hónapnyi instabil klinikai állapotra - volt szükség ahhoz, hogy az új egyensúlyi állapot teljesen kialakuljon. Az LSD-terápiát követő években egyszer sem került kórházba, és nem igényelt pszichiátriai segítséget. Megnősült, képes volt ellátni a munkáját, és két gyermeknek viselte gondját.

Az LSD-ülések negatív utóhatásait kísérő, kezdetben bizarrnak tűnő érzékletek, érzelmek és gondolatok sokszor logikussá és maguktól értetődővé válnak, mielőtt sikerült azonosítanunk a mögöttük meghúzódó tudattalan anyagot. Ha egy férfi páciens az ülés után attól fél, hogy összemegy a péniszé, annak háttérében egy feldolgozatlan gyermekkori emlékhöz kapcsolódó testkép, illetve az azzal kapcsolatos érzelmi fixáció állhat. Hasonlóképpen egy női páciens, aki pszichésen egy a kamaszkort megelőző időszakból származó emlék hatása alatt áll, úgy érezheti, hogy nincsenek mellei, ha pedig kora csecsemőkori emlékről van szó, akkor az a meggyőződése alakulhat ki, hogy hullik a haja. E kategória további példái, amikor a beteg naiv és gyermeki módon kezdi szemlélni környezetét, irracionális félelmei támadnak, függőségre vágyik, vagy aggódni kezd a hólyag és a belek feletti uralom esetleges elvesztése miatt. A pszichoszomatikus orvoslás és a belgyógyászat számára különösen érdekesek lehetnek azok az esetek, amikor LSD-ülést követően az azelőtt szomatikusnak feltételezett problémáról kiderül, hogy az valójában egy gyermekkorban átélt trauma eredménye. Mivel ennek kiemelkedő klinikai jelentősége van, a jelenséget néhány példával is illusztrálom.

Egy páciensem, Renáta súlyos rákfóbiától szenvedett. Egyik ülésén újraélt egy szexuális jellegű epizódot, amelyet eredetileg négy éves kora körül élhetett át. A jelenetben mostohaapja az ágyban feküdt, ő pedig bemászott a takaró alá, arra számítva, hogy a szülő csiklandozni és dédelgetni fogja őt. Játékok közben a mostohaapa fokozatosan a genitáliái területére vezette a kislányt, és a helyzetet saját szexuális kielégülésére használta fel. Ennek a helyzetnek különösen izgalmas - és ugyanakkor félelmetes - eleme volt a mostohaapa merev péniszének felfedezése. Amikor Renáta újraélte ezt az epizódot, alkarján - amellyel az eredeti szituációban mostohaapja testét érintette - a bőr elkezdett beszűrődni és bepirosodni. A bőrfelszín érintett területe pár perc leforgása alatt egy bőrcipő anyagához vált hasonlatossá: megvastagodott, megkeményedett és apró kítüremkedések tarkították. A jelenség - amelyet a konzulens bőrgyógyász ekcémaként azonosított - a következő ülésig eltelt tíz nap alatt mindvégig jelen volt. Amikor a kapcsolódó traumatikus emléket Renáta teljesen újraélte és integrálta, az ekcéma pár óra leforgása alatt visszafejlődött, majd eltűnt.

Egy másik ülésén Renáta egy gyermekkori korcsolyázást élt újra, amikor egy esés következtében nagyon megütötte a fejét és a térdét. Az ülést követő héten intenzív fájdalmat érzett a "sérült" testrészeiben, nem tudta forgatni a fejét, bicegett, és a jobb lábát úgy tartotta, mintha a további sérülésektől próbálná megóvni. Az incidens teljes újraélését követően ezek a jelenségek nyom nélkül eltűntek.

Újabb érdekes esettel szolgált Dana LSD-terápiája, akit komplikált neurózisa miatt részesítettünk kezelésben. Egyik ülésén Dana felidézett egy traumatikus epizódot, amelynek idején súlyos bronchitistól szenvedett. Az élmény újraélésével párhuzamosan a bronchitises fertőzésre jellemző tünetek alakultak ki, amelyek az LSD hatásának elmúltával sem hagytak alább. A következő héten Dana folyamatosan köhögött, és erős mellkasi fájdalomról panaszkodott. A konzulens belgyógyász a hőmérséklet-emelkedés, a sztetoszkóppal hallható zörejek, a köhögés, valamint a fokozott váladéktermelődés alapján bronchitist diagnosztizált. Az egyetlen dolog, ami Dana állapotát a valódi bronchitistól megkülönböztette, az a hirtelenség volt, amellyel a tünetek jelentkeztek, amikor a traumatikus emlék a felszínre emelkedett, és amellyel eltűntek, amikor a szóban forgó pszichológiai gestaltot Dana sikeresen beteljesítette.

Ha az ülés során aktiválódott mátrixok a perinatális szintről származnak, akkor a nyitva maradt gestaltok jóval erősebb befolyással lehetnek az ülést követő időszakokra. Ha az alany az LSD hatásának elmúlásakor valamelyik perinatális mátrix befolyása alatt áll, akkor ez a befolyás az ülést követő napokon, heteken, sőt hónapokon át fennmaradhat. Ha az alanyban egy negatív töltésű mátrix mélyebb szintjei aktiválódtak, akkor az ülést követő nehézségek akár a pszichózis szintjét is elérhetik. Az adódó következmények jellegét az határozza meg, hogy az ülés során melyik perinatális mátrix vált aktívvá.

Ha az alany az LSD-ülés lecsengő fázisában a második perinatális mátrix hatása alatt áll, és ez az állapot stabilizálódik, akkor az ülést követő időszakban a páciensen mély depresszió lesz úrrá. Az alanyt ilyenkor igen kellemetlen érzések, gondolatok és fizikai érzetek kerítik hatalmukba. Csak a rosszra tud gondolni, és élettörténetében sem lát pozitív elemeket. Amikor a múltba tekint, büntudat, kisebbségi érzés és szégyenkezés tölti el. Jelenlegi életét elviselhetetlennek látja, és úgy érzi, problémáira nincs megoldás; nem lát semmilyen perspektívát, és a jövőben sem reménykedik többé. Az egész élete teljesen értelmetlennek tűnik, és képtelen rá, hogy bármiben is örömet leljen. A világot fenyegetőnek, baljóslatúnak és színtelennek látja, minden az elnyomás hangulatát árasztja. Ebben a helyzetben nem ritka a szuicid fantázia: a beteg öntudata elvesztéséről álmodozik, arról, hogy örök álomba sülyed, amelyben mindent elfelejt és amelyből soha többé nem kell felébrednie. Elképzelteti, amint túladagolja magát alatóval vagy kábítószerrel, halálra issza magát, magára nyitja a gázcsapot, vízbe fojtja magát, vagy kimegy a télbe és halálra fagy. Az állapotot fizikai tünetek is kísérhetik: fejfájás, mellkasi nyomás, légzési nehézségek, különféle szívpanaszok, fülzúgás, erős székrekedés, étvágytalanság, valamint a szex iránti teljes érdektelenség. Szintén gyakori a kimerültség, a tompaság, az álmoság, és az a vágy, hogy a páciens az egész napot ágyban vagy elsötétített szobában töltsse.

Ha az LSD-ülés a harmadik perinatális mátrixban stabilizálódik, akkor az alanyon agresszív feszültség lesz úrrá, amelyet gyakran egy küszöbön álló katasztrófa erőteljes, de homályos előérzete kísér. Ebben az állapotban az alanyok "két lábon járó időzített bombához" hasonlítják magukat, amely bármelyik pillanatban felrobbanhat. Destruktív és önpusztító impulzusok váltogatják egymást, és a páciens attól tart, előbb-utóbb kárt tesz másokban vagy önmagában. A beteget rendszerint erősen irritálja a környezete, és erős késztetést érez erőszakos konfliktusok kirobbantására. A világ ilyenkor veszélyes és kiszámíthatatlan helynek tűnik, ahol az embernek folyamatosan résen kell lennie, és készen kell állnia a túlélésért folytatott harcra. A beteg fájdalmasan átérzi saját hiányosságait és korlátait - legyenek azok vélték vagy valóságok -, miközben nagyra törő ambíciók hajtják, és állandó bizonyítási kényszere van. A második perinatális mátrix nyomában jelentkező gátolt depresszió helyett itt az agított depresszió klinikai képe alakul ki, amelyet emocionális inkontinencia és pszichomotoros izgatottság kísér. Igen gyakoriak a szuicid gondolatok, fantáziák és késztetések, amelyek a második perinatális mátrixétól gyökeresen eltérő mintázatot követnek. Ebben az állapotban az alany az öngyilkosság véres és erőszakos formáiról álmodozik, például arról, hogy vonat alá veti magát, kiugrik egy ablakból, felmetszi a hasát, vagy föbe lövi magát. A szuicid fantáziáknak csak két változata van, amelyben nem szerepel vér, ezek a fulladás, illetve az akasztás. A fulladásos halállal kapcsolatos fantáziák gyakorisága talán azzal magyarázható, hogy a születés utolsó fázisában az újszülötteknél is gyakori az erős fulladás. A harmadik perinatális mátrix hatása alatt álló alanyoknál megfigyelhető fizikai tünetek közé tartozik az intenzív izomfeszültség, amely gyakran remegést és rángásokat eredményez, a migrénes fejfájás, a test különböző részeiben érzékelt fájdalom, a hányinger, néha hányás, a fokozott béltevékenység, a hasmenés, a gyakori vizelés, az uretrális görcsök és a fokozott verejtékezés. A szexualitás területén jellemző a libidinális késztetések jelentős felerősödése, amelyre még az ismételt orgazmus sem hoz kielégítő megnyugvást. A férfi pácienseknél a szexuális feszültség növekedése alkalmanként impotenciát² és korai ejakulációt eredményez, nőknél az orgazmus elérésére való

képtelenséget, premenstruális érzelmi zavarokat, rendellenes vérzést, vagy a közösülést kísérő fájdalmas genitális görcsöket (vaginizmus).

Ha az alany LSD-ülése a negyedik perinatális mátrixban ér véget, akkor az ülést követő időszak teljesen más képet mutat: drámai mértékben enyhülnek, sőt néha el is tűnnek a korábban jelenlévő pszichopatológiai tünetek és érzelmi problémák. A negyedik mátrix hatása alatt álló alany úgy érzi, maga mögött hagyta a múltat, és képessé vált rá, hogy életében teljesen új fejezetet nyisson. Felszabadul a szorongás, a depresszió és a bűntudat alól, testét mély fizikai nyugalom járja át, és valamennyi fizioológias folyamata tökéletes működést mutat. Az élet ilyenkor egyszerűnek és izgalmasnak tűnik, az alany szokatlanul gazdag érzelmi tapasztalatokat és intenzív örömet él át.

Ami az első perinatális mátrixot illeti, az alany annak pozitív és negatív aspektusaiban egyaránt stabilizálódhat. Az első esetben az ülést követő időszak nagyon hasonlít ahhoz, amit a negyedik mátrixnál már leírtunk, de az alany érzései itt sokkal mélyebbek, és vallásos vagy misztikus színezettel bírnak. Az egyén úgy érzi, hogy a világ és az univerzum új dimenzióiba nyert bepillantást, és saját magát a teremtés szerves részeként tapasztalja meg. Az olyan hétköznapi dolgokat és tevékenységeket, mint az evés, a természetben tett séta, a gyermekekkel való játék vagy a szexuális kapcsolat gyakran az isteni természet megnyilvánulásaiként fogja fel. A kozmikus egység élményének szokatlanul nagy terápiás potenciálja van, és tartós pozitív hatással lehet az azt átélőre.

Ha az alany LSD-ülését követően az első perinatális mátrix negatív aspektusai vagy egy negatív színezetű transzperszonális mátrix befolyása alatt marad, akkor zavarodottság vesz rajta erőt, amelyet az érzelmi és fizikai szenvedés legkülönbözőbb változatai kísérnek. E nehézségeket az alany hajlamos metafizikai kontextusban értelmezni, és leírásukra spirituális, okkult, misztikus vagy vallásos terminusokat használ. Kellemetlen állapotát tulajdoníthatja a sors rontó erőinek, a "rossz karmának", rosszindulatú asztrológiai vagy kozmobiológiai befolyásnak, illetve gonosz spirituális entitásoknak. Szélsőséges esetben ez az állapot akár a pszichózisig fokozódhat. Ha az egyénnek sikerül átdolgoznia magát az élményen, és sikerrel integrálja azt, akkor meglátja korábbi extrém interpretációi metaforikus jellegét és ennek megfelelő óvatossággal kezeli azokat.

Az LSD-üléseken előforduló komplikációk tárgyalásánál négy fő csoportról kell szót ejtenünk: *a preegzisztens tünetek felerősödéséről, a hosszan tartó reakcióról, a pszichotikus dekompenzációról, valamint a "flashbackról"*. A négy jelenség közös nevezője, hogy mindegyikük háttérben a psziché védelmi rendszereinek gyengülése, majd az ennek következtében felszínre kerülő tudattalan anyag nem kielégítő feldolgozása áll. A pszichés ellenállás gyengülése olyankor a legnyilvánvalóbb, amikor az LSD-ülést követően az alany eredeti tünetei erősödnek fel. Ebben az esetben semmilyen mélyreható változás nem történt: a tünetek mögött megbúvó mátrix továbbra is a helyén van, de dinamikus befolyását az alany az eddiginél erőteljesebben tapasztalja. Hosszan tartó reakció úgy alakul ki, hogy a tudattalan tartalmat védő rendszer összeomlik, de a felszínre kerülő anyagot az ülés végéig sem sikerül kielégítően feldolgozni. Ilyenkor az élmény további folytatódását nem az LSD perzisztens farmakológiai hatása, hanem a tudattalanból felszínre került anyag erős érzelmi töltése váltja ki. Mivel a szóban forgó téma energetikailag túl intenzív és túl közel van a felszínhez, az alany már nem tudja azt visszanyomni a tudattalanba. Ha az illető nincs tisztában e folyamat pszichodinamikájával, akkor rendszerint megpróbálja meggátolni, hogy a gestalt teljes egészében a felszínre bukkanjon és beteljesítse önmagát.

Az LSD-ülést követő átmeneti pszichotikus dekompenzáció a hosszan tartó reakció speciális esete. Olyankor következik be, amikor az aktivált, ám feloldatlanul maradt tudattalan anyag alapvető jelentőségű az alany számára és ezért kivételesen erős érzelmi töltéssel rendelkezik. A pszichotikus dekompenzáció epizódjai az esetek nagy részében a perinatális anyaggal vagy egy erőteljesen negatív transzperszonális mátrixszal állnak kapcsolatban. Saját praxisomban soha nem tapasztaltam pszichotikus dekompenzációt olyanoknál, akik az ülést megelőzően viszonylag jó érzelmi, interperszonális és szociális alkalmazkodóképességről tettek tanúbizonyságot. Azoknál a betegeknel viszont, akik a pszichózis határán járó, súlyos pszichiátriai problémával küzdenek vagy korábban már volt szkizofrén epizódjuk, egyáltalán nem ritka az ilyen mélységű negatív reakció.

A média egy időben nagyon felkapta azt a hírt, hogy az LSD hatása a szer fogyasztása után napok, hetek, sőt hónapok elteltével váratlanul újra a felszínre bukkanhat. Miután hosszú éveken át figyelmesen tanulmányoztam az LSD-reakció pszichodinamikáját, arra a meggyőződésre jutottam, hogy a közvélemény által "flashbackként" ismert epizód alapvető mechanizmusát tekintve hasonló az ülés után jelentkező hosszan tartó reakciókhoz és pszichotikus összeomlásokhoz. Az egyedüli különbség abban áll, hogy a "flashbacknél" a psziché védelmi rendszere elég erős ahhoz, hogy az aktivált, ám feldolgozatlanul maradt anyagot az ülés

lecsengő szakaszában visszahúzza a tudattalanba. Ilyenkor úgy tűnik, hogy az ülés rendben lezárult, ám ez csak a látszat: valójában rendkívül ingatag dinamikus egyensúly alakult ki az elfojtott tudattalan erőik és a velük szemben álló védelmi mechanizmusok között. Ha ezt az egyensúlyt az ülés utáni időszakban bekövetkező események felborítják, akkor az alany tudatában ismét felszínre kerülhet az ülésen elnyomott, lezáratlan gestalt. Mivel az ilyenkor jelentkező élmények az LSD-ülésen beindult folyamat szervei részei, egy laikus ezeket a szer alattomos, utólagos támadásának gondolhatja. A "flashback" enyhébb változataira olyankor kerül sor, amikor az alany védelmi rendszerei fiziológiás okból legyengülnek, például az ébrenlétet és az alvást elválasztó hipnagóg és hipnopomp fázisokban, továbbá fizikai kimerültség vagy alvásmegvonás esetén. A "flashback" drámaibb változatai rendszerint különféle drogok - köztük alkohol, marihuána vagy pszichostimulánsok - fogyasztásához, vírusos megbetegedéshez, és más szomatikus folyamatokhoz kötődnek. A későbbi pszichoterápiás ülések - különösen, ha hiperventillációra épülő technikát alkalmaznak - szintén kiválthatnak olyan élményt, amelyet az alany LSD-"flashbackként" azonosít. A meditációnak és a személyiségfejlesztő központokban egyénileg vagy csoportosan végzett spirituális gyakorlatoknak szintén lehetnek hasonló hatásai.

A "flashback" kialakulásához a fenti, általános katalizátorként működő behatásokon túl gyakran egy konkrét stresszhelyzet is hozzájárul. Ha az alany olyan helyzetbe kerül, amely általános jellegét vagy konkrét vonásait tekintve hasonló a lezáratlanul maradt tudattalan mátrix vagy téma tartalmához, akkor ez a helyzet az LSD-állapot megismétlődését válthatja ki. Példának okáért vegyünk egy alanyt, aki utolsó LSD-ülését jórészt a második perinatális mátrix hatása alatt töltötte, ám ülését nem sikerült kielégítően lezárnia. Ha ez az alany egy túlszűfolt, zajos metrókocsiban találja magát, ahol ráadásul elviselhetetlen a meleg és nincs levegő, akkor pszichésen rendkívül közel kerülhet a "nincs kiút" szituációhoz. Hasonló hatása lehet, ha az alany csúcsforgalomban araszol egy tömött autópályán, vagy beszáll egy emberekkel teli felvonóba. Ezek a helyzetek mind alkalmasak rá, hogy felidézzék a második perinatális mátrix tartalmi elemeit.

A harmadik perinatális mátrix hatása alatt stabilizálódott alany pszichéjében hasonló triggerként működhet, ha filmen vagy tévében nemi erőszakot, szadizmust vagy erőszakos cselekedetet lát, illetve ha autóvezetés közben eléri azt a sebességet, ami már veszélyesnek tűnik. A "flashback" kiváltó ingerek néha a külvilágból érkeznek, és az alanynak nincs közvetlen szerepe azok előidézésében. A másik lehetőség, hogy az alany maga hív életre egy olyan szituációt, amely a feloldatlanul maradt traumatikus gestalt közelítő másának tekinthető; az ennek hátterében működő mechanizmust korábban már megtárgyaltuk. Mivel egy ilyen helyzet létrehozásához interperszonális interakciókra és a külső körülmények manipulációjára van szükség, jó időbe beletelhet, mire a folyamat eléri azt a szintet, ahol a kialakult helyzet triggerként tud funkcionálni. Ez megmagyarázná, miért telik el néha oly sok idő az eredeti LSD-élmény, és annak "újból kiváltódása" között. A szóban forgó folyamatra jó példa, amikor valaki "nincs kiút" helyzetet hoz létre saját hétköznapi életében, szexuális kapcsolatába beviszi a harmadik perinatális mátrix elemeit, vagy az apjával kapcsolatos feloldatlan problémáját a főnökével való kapcsolatára vetíti rá.

Fontos megértenünk, hogy az LSD-ülések negatív utóhatásai nem a szer farmakológiai működésének bizarr és kiszámíthatatlan következményei, hanem az LSD-terápia folyamatához szervesen hozzátartozó, törvényszerű jelenségek. Ha ezt megértettük, akkor megtalálhatjuk azt a stratégiát és technikát, amivel megelőzhetjük és kezelhetjük ezeket.

AZ LSD-TERÁPIA KOMPLIKÁCIÓINAK MEGELŐZÉSE ÉS KEZELÉSE

Ha pszichoterápiás munkánk célja az, hogy feltárjuk a páciens tudattalanjában működő irányító rendszereket, akkor számolnunk kell vele, hogy ezek aktivációja különféle érzelmi és pszichoszomatikus tüneteket fog kiváltani. Ilyen eseteket már a konzervatív, hagyományos pszichoanalízisben is megfigyeltek, de találkozhatunk velük az olyan - pszichoaktív szerek használatát nélkülöző - tapasztalati eljárásoknál is, mint a neoreichianus irányzatok, az ős-sikoly terápia, a Gestalt-gyakorlat vagy az encounter csoport. Általános irányelvként megfogalmazhatjuk, hogy ha a feltáró folyamat során az érzelmi és pszichoszomatikus tünetek drámai erősödését, valamint az interperszonális alkalmazkodóképesség romlását tapasztaljuk, az annak tudható be, hogy a páciens egy fontos tudattalan probléma területéhez közelít. Tény, hogy az LSD-terápiában, amely minden pszichológiai folyamatot jelentősen elmélyít és felerősít, e mechanizmus működése jóval észrevehetőbb, mint a terápia konzervatívabb formáinál, de ez nem jelenti azt, hogy az utóbbiakra e törvényszerűség ne vonatkozna.

Az LSD-pszichoterápiában felmerülő komplikációk megelőzésének és kezelésének elengedhetetlen feltétele, hogy a beteg tisztában legyen a szóban forgó jelenségek alapvető dinamikájával. E munka lényegi részét már az első LSD-ülésre való felkészítés során el kell végezni. A terapeutának világosan el kell magyaráznia, hogy ha az ülés után a páciens a tünetei felerősödését, érzelmi összekavarodását, esetleg pszichoszomatikus tüneteket tapasztal, az nem a kezelés kudarca, hanem a feltárási folyamat logikus és törvényszerű velejárója. A betegnek tudnia kell, hogy a nagy hatású terápiás áttöréseket sokszor épp ilyen jelenségek előzik meg. A terapeutának azt is el kell mondania, hogy a páciens a komplikációk bekövetkezési esélyét jelentősen csökkentheti, ha az ülésen átélt élményeit mindvégig belső világában tartja. A biztonságos és hatékony pszichedelikus terápiának elengedhetetlen feltétele, hogy az alany teljesen szabadjára engedje az élményt, továbbá megtalálja azokat a csatornákat, amelyekben át a mélyben felgyülemlett, elfojtott energiák a felszínre vezethetők. Ha valamilyen tudattalan problémát nem sikerül maradéktalanul feldolgozni, akkor az ülés lecsengő szakaszában a kísérők által facilitált aktivációs munkára kerül sor; ennek szerepéről és fontosságáról a beteget is tájékoztatnunk kell. Az LSD-terápia elméleti hátterének, az eljárás alapelveinek, valamint a terápiás együttműködés szabályainak előzetes tisztázása segíti az ülés megfelelő integrálását, és csökkenti a hosszan tartó reakciók vagy a "flashbackek" előfordulási esélyét.

Az LSD-ülések levezetésére vonatkozó alapelveket korábban már ismertettük, így itt csak rövid áttekintést adunk ezekről. Ha a páciens az ülés során leveszi magáról a szemkötőt, mert nem kíván szembesülni a mélyből feltörő érzelmi anyaggal, akkor ne számíton rá, hogy visszatérése sima és zökkenőmentes lesz; ilyenkor szinte borítékolhatóak az ülés utáni szakaszban jelentkező problémák. Hasonlóképpen, ha a páciens nem hajlandó az ülés lecsengő fázisában keményen dolgozni azért, hogy a felszínre került tudattalan anyag feloldásra kerüljön, azzal hosszú időre elnyújthatja az integrációs folyamatot, ami a terapeutától és a betegtől is további idő- és energiabefektetést igényel.

Az érzelmi és pszichoszomatikus utóhatás lehetősége azonban még a fenti kritériumok teljesülése esetén sem kizárt. A pszichedelikus élménnyel erőteljesen beavatkozunk a tudattalan dinamikájába, így az élmény integrálása hosszú ideig eltarthat. Még egy megfelelően lezárt ülés után is előfordulhat, hogy időről-időre újabb tudattalan anyag bukkan felszínre: ha az LSD-élmény kimozdított a páciens tudattalanjából egy fontos blokkot, akkor ezzel a mögötte rejtőző, korábban sikeresen elfojtott tartalmak is mind hozzáférhetővé válnak.

Egy cseh betegem nagyon szép és találó hasonlattal illusztrálta ezt a folyamatot. A favágók, amikor a kivágott fákat lefelé úsztatják a folyón, gyakran kerülnek szembe azzal a problémával, hogy a rönkök megakadnak, felgyűlnek és eltorlaszolják a folyam útját. Erre a helyzetre a tapasztaltabb favágók nem azzal reagálnak, hogy minden rönköt egyesével eltávolítanak, hanem keresnek egy ún. kulcsrönköt, amely a kialakult torlaszban stratégiai helyet foglal el. A folyón felfelé evezve megközelítik a torlaszt, megtalálják a kulcsrönköt, és egy kampó segítségével kihúzzák a helyéről. A beavatkozást követően a rönkök szépen, egymás után a helyükre csusszannak, és a folyamat végére a torlasz magától megszűnik. Bár ez a folyamat napokig, sőt hetekig eltarthat, beindításához elegendő megtalálni és elmozdítani egyetlen, kulcsfontosságú rönköt. Az LSD-ülésekkel hasonló a helyzet: ha az élmény során eltüntetünk a tudattalanból egy dinamikus blokkot, azzal megnyílik az érzelmi felszabaduláshoz vezető út, de ennek az útnak a teljes végigjárása hosszú ideig eltarthat.

A megfelelően instruált páciensek többnyire jól tudják kezelni az utólagos reakciókat. Ezek a betegek tudják, miként viszonyuljanak a szokatlan tudatállapotokhoz, és ahelyett, hogy rettegnének tőlük, inkább úgy tekintenek rájuk, mint a tudattalanba nyíló ablakokra, amelyekben át újra bepillanthatnak a belső valóságba. Az ülésekről visszamaradt érzelmi anyag gyakran a hipnagóg és a hipnopomp fázisokban kerül felszínre, ami lehetővé teszi, hogy a páciensek e helyzeteket "miniatűr LSD-ülésekként" kezeljék. Ha szükséges, rövid ideig tartó hiperventillációval aktiválhatják a problémát, elősegíthetik annak elmélyülését, majd energetikailag kisüthetik és feloldhatják azt. Ez a megközelítés jóval gyümölcsözőbb, mint a szokásos hozzáállás, amikor a beteg a felszínre kerülő anyag elfojtására és kontrollálására törekszik. Az élmény blokkolása csak ideiglenes megoldás, ami a páciens energiáinak nagy részét leköti az élménnyel szembeni ellenállásban. Ha a beteg ehelyett a szembesülés és a feldolgozás útját választja, akkor a felszínre hozott fájdalmas érzelmek és az azokat kísérő fizikai tünetek gyakran félórányi introspektív munkával feldolgozhatók.

A helyzet némiképp bonyolódik, ha a tudattalan anyag a felszín közelében van, és erős affektív töltése miatt váratlanul, egy hétköznapi szituáció közepén tör elő. A páciensnek ez esetben olyan körülményeket kell maga körül teremtenie, amelyek lehetővé teszik a felszínre került anyaggal folytatott, háborítatlan munkát. Ha ilyen helyzet létrehozására nincs mód, akkor az alanyt vissza kell térnie a terápiába: rendszeres feltárási üléseken kell részt vennie, ahol a kísérők támogatásával próbálja beteljesíteni a feldolgozatlanul maradt

anyagot. A feltáró munka módszerei lényegileg megegyeznek azokkal, amelyeket korábban, az LSD-ülések lecsengő szakaszával kapcsolatban már ismertettünk. Egy rövid hiperventilláció rendszerint aktiválja a mögöttes érzelmi struktúrát, a kísérők pedig segítenek a páciensnek a jelentkező fizikai érzetek és állapotok markánsabbá tételében. A lezáratlanul maradt mátrixok mobilizálása és átdolgozhatóvá tétele érdekében használhatunk bioenergetikai gyakorlatokat és más neoreichiánus módszereket, Gestalt technikát, pszichodramát, irányított affektív vizualizációt vagy mély masszázst. A zene szintén hasznos lehet, különösen azok a darabok, amelyeket az alany az ülés során hallgatott.

Ha az LSD-terápiára egy terápiás közösség kontextusában kerül sor, akkor hasznos lehet, ha a feltáró munkába a betegtársakat is bevonjuk. A csoport tagjai segíthetnek meggyőzően felidézni a szülőcsatornában való előrenyomulást, az ehhez kapcsolódó élet-halál küzdelmet vagy a magzat békés és háborítatlan intrauterin állapotát. A csoport tagjai által keltett stimuláló vagy nyugtató hangoknak szintén kedvező hatásuk lehet. Egy pszichodramai helyzetben a csoport tagjai - saját kezdeményezésükre, a páciens kívánságára vagy a terapeuta instrukciói alapján - konkrét szerepeket vállalhatnak, így eljátszhatják az anyát, az apát, a testvért, a házastársat, az alany gyermekét vagy munkaadóját. Ez a módszer nem csak a feloldatlanul maradt gestaltok beteljesítésére használható, de a csoport többi résztvevőjére is erőteljes katalizáló hatással lehet. Gyakori, hogy a drámajáték főszereplőjének intenzív átélései a segítőkben is értékes érzelmi reakciókat váltanak ki; az így szerzett megfigyelések nagyban hozzájárulhatnak a későbbi csoportmunkához. Ha a csoport tagjai valódi segítséget nyújthatnak egyik társuknak, az megnöveli önbizalmukat, és elősegíti, hogy értékesnek érezzék magukat. A közös erőfeszítés összehozza az embereket, megteremt az intim együttlét atmoszféráját, ami a terápiás közösség szociális kohéziójára és gyógyító erejére egyaránt pozitív hatással van.

Ha az ülést követő negatív utóhatás annyira intenzív, hogy a beteg potenciális veszélyt jelent másokra vagy önmagára, szükségessé válhat, hogy az illetőt a terápiás intézményben tartsuk, amíg a reakció alábbhagy. Ilyen esetben a nővéreket és a betegtársakat fel kell készítenünk a kollektív felelősségvállalásra: valakinek mindig a beteg mellett kell lennie, és vigyáznia kell rá. Ha a szermentes feltáró munkával nem érjük el a kívánt célt, akkor jól tesszük, ha minél hamarabb sort kerítünk egy újabb LSD-ülésre, amelyen a lezáratlan gestaltot beteljesíthetjük. Ezzel kapcsolatban megjegyezzük, hogy ha a következő ülésre az előzőtől számított 5-7 napon belül kerül sor, az rendszerint csökkenti az élmény intenzitását, mivel ilyen rövid idő alatt nem múlik el a szerrel szemben kiépülő biológiai tolerancia.

Különösen makacs esetben a terapeuta dönthet úgy, hogy a siker érdekében más farmakológiai anyagokat is felhasznál. A nyugtatók kerülendőek, mivel hatásmechanizmusuk ellentétes a feltáró megközelítés - és különösen a pszichedelikus terápia - stratégiájával. Ezek a szerek gátolják a pszichedelikus folyamatot, szétmossák az élményt, azonosíthatatlanná teszik a mögöttes problémát, és ezzel akadályozzák annak megoldását. Ha a tudattalan anyag közel van a felszínhez, de erős pszichológiai gát állja útját, igen hasznosnak bizonyulhat a 30% széndioxidból és 70% oxigénből álló Meduna-keverék. Ebből az elegyből már néhány szippantás is kiválthatja a mögöttes tudattalan mátrix rövid, ám erőteljes aktivációját, ami elegendő lehet az áttöréshez. A ritalin használata (40-100 milligrammos dózisban) szintén elősegítheti az előző LSD-ülésről visszamaradt anyag integrálását. Vannak olyan pszichedelikus szerek, amelyek kifejezett affinitást mutatnak a pozitív dinamikus rendszerek irányában, ilyen például a tetrahidrokannabinol (THC) vagy a metilén-dioxi-amfetamin (MDA). Ebben az indikációban rendkívül hasznos lehet a ketamin (Ketalar), bár ilyen irányú felhasználásával kapcsolatban még nem folytak kutatások. A ketamin orvosi alkalmazása legális, a sebészetben gyakran használták általános érzéstelenítőként.³ A disszociatív érzéstelenítők családjába tartozik, azaz működése jelentősen eltér a hagyományos érzéstelenítőkétől. A ketamin hatása alatt a tudat nem kapcsol ki, hanem mély változáson megy át, és drasztikusan átfókuszálódik. A páciens kilép a testéből, elveszíti az objektív valósággal való kapcsolatot, és különféle kozmikus kalandokat él át; mindezt olyan mélységben, hogy az a műtéti beavatkozásokat is lehetővé teszi. Pszichedelikus célokra a ketamin optimális dózisa viszonylag alacsony, 50-150 milligramm; ez körülbelül egyhatoda az érzéstelenítésnél használt mennyiségnek. A szer pszichoaktív hatása azonban már ilyen alacsony dózisban is annyira erőteljes, hogy a páciens egyből az előző LSD-ülésen félbe maradt folyamat közepébe repíti, és lehetővé teszi az élmény beteljesítését. Ezt a megközelítést főként olyan személyeknél érdemes kipróbálni, akiknél a felügyelet nélkül folytatott önkísérletezés következtében hosszú távú pszichotikus állapot alakult ki.

JEGYZETEK

1. Mivel a második perinatális mátrix legmélyebb szintjén átélhető élményeket sok vallás a *pokollal* azonosítja, ezen a ponton nem árt, ha kitérünk a különféle spirituális rendszerek ide vonatkozó elképzeléseire. A poklot minden kultúra egyöntetűen úgy definiálja, mint az elviselhetetlen, véget nem érő szenvedés helyszínét. A pokolnak elválaszthatatlan része a reménytelenség - ha az ember elképzelhetetlen fizikai és érzelmi fájdalmat él át, de közben van remény a szabadulásra, az nem a pokol, hanem a *purgatórium*. Úgy tűnik, hogy a keresztény teológia fő sodrának képviselői elkövezték ugyanazt a hibát, amit egyes LSD-alanyok: a pszichológiai időt összekeverték az objektív, fizikai idővel. Azok a spirituális rendszerek, amelyek mélyebben foglalkoztak a tudat működésével - ilyen például a hinduizmus és a buddhizmus -, úgy tartják, hogy az ember nem marad örökké sem a mennyben, sem a pokolban; ám ha valaki pokoli vagy paradicsomi állapotot él át, akkor az élmény szubjektíve örökkévalónak tűnhet. Hiba lenne azt gondolni, hogy az örökkévalóság olyasvalami, ami végtelen hosszú ideig tart. Az örökkévalóság az az állapot, amelyben a lineáris időt tapasztalatilag transzcendáljuk, így az számunkra megszűnik létezni.

2. Az állításban rejlő paradoxon némi magyarázatot kíván. Az LSD-pszichoterápiából származó megfigyelések arra engednek következtetni, hogy az impotenciát és a frigiditást nem a libidinális készlet hiánya okozza, hanem a harmadik perinatális mátrixra jellemző vulkanikus ösztönenergiák túltengése. Az alany fél attól, hogy szabadjára engedje ezeket az erőket, és kontrolltörekvései interferálnak a szexuális aktussal. Ha a szóban forgó energiák egy részét szexuálisan semleges kontextusban kisütjük, akkor intenzitásuk olyan szintre csökkenhet, hogy az illető már egy szexuális helyzetben is kényelmesen elbánik velük. A szexuális zavarok ilyenét értelmezését az a klinikai megfigyelés is alátámasztja, hogy az impotencia és a frigiditás a panaszok sikeres kezelését követően ideiglenes hiperszexualitássá alakul át.

3. Az utóbbi években terjedőben van az a gyakorlat, hogy a sebészetben ketamint csak a gyermekek és az idős személyek érzéstelenítésénél használnak - függetlenül attól, hogy a szer biológiailag biztonságos és érzéstelenítőként speciális előnyöket biztosít. Ennek oka, hogy a ketamin okozta állapotból való ébredésnél megfigyeltek bizonyos pszichológiai állapotokat, amelyeket a szakirodalom "*ébredési agitációként*" ismer. Az elnevezés a szer hatásának természetével kapcsolatos tájékozatlanságra vall. Mivel a ketamin rendkívüli, pszichedelikus típusú élményeket vált ki, adagolását megelőzően minden esetben külön instrukciókkal kéne ellátni a beteget, amelyek egyértelművé tennék számára, hogy egy nagyon szokatlan érzéstelenítőről van szó.

6 AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA MENETE

A pszichedelikus ülések tartalmi változásai

Az üléseket követő érzelmi és pszichoszomatikus változások

A személyiségstruktúra, a világvélemény és az értékrend változásai

Az e fejezetben kifejtett gondolatok nagy része annak az LSD-kutatásnak az eredményeire épül, amelyet 1960 és 1967 között folytattunk a prágai pszichiátriai kutatóintézetben. E kutatás során azt vizsgáltuk, miként használhatnánk az LSD-t a személyiségdiagnosztikában és a pszichoterápiában. Bár a szerrel végzett munkánkat a pszicholitikus megközelítésből kezdtük, a kezelési eljárást később a pszichedelikus terápia több elemével is gazdagítottuk. Ezek közül a leglényegesebb a nagy dózis és a zene használata, a pszichedelikus folyamat internalizálása, valamint a perinatális és transzperszonális élményekben rejlő gyógyító erő felismerése és értékelése. A könyvben ismertetett LSD-terápiás módszer szintén e kutatási programnak köszönheti létét.

Bár a kutatás során leginkább pszichiátriai betegekkel dolgoztunk, alkalmanként előfordult, hogy pszichiátereket, pszichológusokat, pszichiátriai nővéreket, különféle tudományágak képviselőit, vagy inspirációt kereső művészeket láttunk vendégül, akik szintén betekintést nyerhettek az LSD-élmény természetébe. A kutatásban részt vevő páciensek kiválasztásánál három fő szempont vezérelt bennünket. Egyrészt arra törekedtünk, hogy alanyaink között minden főbb diagnosztikai kategória képviseltesse magát - így felmérhettük az új terápiás forma indikációit és kontraindikációit, valamint megállapíthattuk, van-e valamilyen összefüggés az LSD-élmények jellege, illetve az azokat átélő alany klinikai diagnózisa és személyiségstruktúrája között. Előnyben részesítettük azokat a betegeket, akik súlyos, krónikus, a hagyományos kezelési eljárásoknak évek óta ellenálló érzelmi zavarban szenvedtek. Úgy éreztük, e betegek esetében nem követünk el akkora erkölcsi vétséget, ha súlyos állapotuk javításának reményében egy új, erőteljes és kevésbé ismert pszichoaktív szerrel kísérletezünk rajtuk. Mivel a páciensek pszichedelikus élményeiről és azok terápiás következményeiről részletes, minőségi visszajelzésre volt szükségünk, a válogatásnál előnyben részesítettük azokat a jelentkezőket, akik átlagon felüli intelligenciával, magas műveltséggel és megfelelő introspekciós készséggel voltak megáldva.

A terápiás folyamat során részletes naplót vezettünk az üléseken és az ülések közti időszakban zajló eseményekről. A betegek és az LSD-üléseket vezető terapeuták által kialakított képet néha további részletekkel árnyalták azok a nővérek és betegtársak, akik az ülés utolsó óráit az alany társaságában töltötték. A kutatási projektben részt vevő két kollégám segítségével végül ötvennégy páciens LSD-üléseiről gyűjtöttünk anyagot. A betegek ülésein 150-450 mikrogrammos dózist használtunk, az ülések száma pedig egyénenként tizenötötől százháromig terjedt.

A kutatásunkban részt vevő páciensek tehát kimagasló intelligenciával rendelkeztek, és súlyos, krónikus, fixált érzelmi és pszichoszomatikus rendellenességekben szenvedtek. A kórképek között találhattunk gátolt és agitált depressziót, pszichoneurózist, pszichoszomatikus betegséget (asztma, pikkelysömör, migrénes fejfájás), szexuális diszfunkciót és deviációt, alkoholizmust, drogfüggőséget, karakterzavart, borderline személyiségzavart és manifeszt szkizofréniát is. Életem egy későbbi szakaszában, amikor Baltimore-ban, a Maryland Pszichiátriai Kutatóközpont kutatási projektjének vezetőjeként dolgoztam, arra is alkalmam nyílt, hogy rákos betegekkel folytassak sorozatos ülésekre épülő LSD-terápiát. Az LSD-vel kezelt páciensek sokfélesége, valamint az ülések körülményeinek változatossága lehetővé tette, hogy általános érvényű következtetésekre jussunk az LSD-pszichoterápia menetével és az üléseken alkalmazandó terápiás stratégiával kapcsolatban.

Az LSD-pszichoterápiában fontos, hogy részletes feljegyzéseket készítsünk az üléseken és az ülések közti időszakban történt eseményekről. Ha kutatást végzünk, akkor ez magától értetődő, hiszen e feljegyzések szolgálnak minden további következtetés és elméleti fejtegetés alapjául. Az ülésekről készült jegyzőkönyvek azonban a mindennapos klinikai gyakorlatban is jó szolgálatot tesznek. Ha a terapeuta párhuzamosan több beteggel dolgozik, akkor könnyen kimennek a fejéből az egyes ülések részletei, sőt, sokszor maguk a betegek sem képesek hiánytalanul felidézni mindazt, ami korábbi üléseiken történt. Alkalmanként előfordul, hogy a friss átélések korábbi - esetenként jóval korábbi - élményeket helyeznek új megvilágításba; ilyenkor az összefüggések feltárását nagyban megkönnyíti, ha megbízható feljegyzés áll a

rendelkezésünkre. Az alany egyes üléseit összekötő kapcsolatok még nyilvánvalóbbá válnak, ha a beteg a terápiás folyamatot rajzokban és festményekben dokumentálja.

Az LSD-ülésekről készült feljegyzések utólagos elemzésével olyan összefüggésekre sikerült fényt derítenem, amelyek a hosszú hónapokig tartó kezelés mindennapjai során elkerülték a figyelmemet. A feljegyzéseket áttanulmányozva végigkövettem és rekonstruáltam a kutatásban résztvevők pszichedelikus folyamatának kibontakozását, így beazonosíthattam az ismétlődő témákat, a visszatérő tapasztalati mintákat, a főbb trendeket, valamint a pszichedelikus folyamat jellegzetes állomásait és fordulópontjait. A pszichedelikus folyamat individuális jellegzetességeinek feltárása az egyéni folyamatok közti hasonlóságokra és különbségekre is felhívta a figyelmet. E munka eredményeként végül megalkothattam az LSD által feltárt tudati világ hozzávetőleges térképét, kiterjeszthettem az emberi tudattalanról alkotott elméleti modelletemet, és beazonosíthattam a szer rendszeres használata során végbemenő transzformációs folyamat főbb jellegzetességeit.

Ebben a fejezetben az LSD-terápia folyamatát három fő szempont szerint tárgyaljuk:

- a) a folyamat előrehaladtával milyen változások állnak be a pszichedelikus ülések tartalmában;
- b) milyen érzelmi és pszichoszomatikus változások figyelhetők meg az ülések követő időszakokban;
- c) miként változik hosszú távon a páciensek személyiségstruktúrája, világnézete és értékrendje.

A PSZICHEDELIKUS ÜLÉSEK TARTALMI VÁLTOZÁSAI

Mint azt korábban megtárgyaltuk, az LSD-üléseken átélt élmények négy fő csoportba sorolhatók, ezek az absztrakt, a pszichodinamikus, a perinatális és a transzperszonális élmények. A négy tapasztalati modalitást generáló tudattalan mátrixok bonyolult és komplex rendszerek, amelyek nem redukálhatók semmilyen lineáris modellre, így vizsgálatukhoz holonomikus szemléletet kell alkalmaznunk.¹ Ezt figyelembe véve némiképp pontatlannak tűnhet, ha a tudattalant alkotó "rétegekről" beszélünk, vagy a tudattalan megnyilvánulásai közül egyeseket felszínesebbnek, másokat mélyebbnek gondolunk. A klinikai tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a különféle tudati jelenségek közül némelyek jobban hozzáférhetők, mint mások, és a pszichedelikus folyamat egyes állomásait az alanyok többsége ugyanabban a sorrendben járja végig.

Az első néhány ülésen az alanyok zöme absztrakt élményeket él át. A tapasztalati teret élénk színekben pompázó, dinamikus geometriai víziók töltik meg: építészeti formák, kaleidoszkópszerű mintázatok, varázslatos szökőkutak és fantasztikus tűzijátékok. Ezek a látomások néha komplexebb formákká szerveződnek, ilyenkor az alany hatalmas templomok belső tereit, gótikus katedrálisok hajóit, monumentális mecsetek kupoláit vagy mór paloták arabeszkjeit látja maga előtt. Nyitott szemmel az alany az a benyomása támad, hogy a környezet mozgásban van vagy ritmikusan hullámzik. A színek szokatlanul fényesnek és ragyogónak tűnnek, a kontrasztok is jóval erősebbek a szokásosnál, így az alany úgy láthatja a világot, mint egy impresszionista, kubista, szürrealista vagy szuper-realista festményt. Néha az élettelen tárgyakba is élet költözik, máskor a világ geometrizálttá és gazdagon díszítetté válik. Az ide tartozó érzékszervi jelenségek közül talán az optikai illúziók a legérdekesebbek: az alany a környezet hétköznapi elemeiben fantasztikus állatok, groteszk arcok vagy egzotikus tájak képét fedezheti fel. A percepciók változása a látás mellett érintheti a hallást, a tapintást, a szaglást és az ízlelést is. Ebben a fázisban gyakori a szinesztézia: a külvilágból származó ingerek nem a nekik megfelelő érzékelési területen váltanak ki észleletet, így az LSD-alanyok arról számolnak be, hogy látják a zenét, hallják a fájdalmat vagy érzik a színek ízét.

A fenti élmények - bár esztétikai és művészi szempontból lenyűgözőek lehetnek - az LSD terápiás célú felhasználása, az önkutatás vagy a személyiség fejlődése szempontjából korlátozott relevanciával bírnak. Az absztrakt élmények minden fontosabb aspektusa megmagyarázható az LSD érzékszervekre gyakorolt kémiai befolyásával, struktúrájuk pedig levezethető a percepciók rendszereinek anatómiai felépítéséből és funkcionális jellemzőiből. Ilyen élmények az LSD használata mellett kiválthatók anoxiával, hiperventillációval, széndioxid belélegzésével, különböző fizikai módszerekkel, például a szemgolyók nyomkodásával, az optikai rendszer elektromos stimulációjával, valamint stroboszkopikus fényvel és különböző hangfrekvenciákkal is. Az absztrakt élményeket egyes alanyok különféle hétköznapi jelenségekhez hasonlítják: a látómezőben elhelyezkedő kép vizuális torzulásait és geometrizálódását például egy rosszul hangolt televízió képéhez, az akusztikus módosulásokat pedig egy olyan rádió hangjához, amely az állomásokat elválasztó hullámsávok zörejeit közvetíti.

A geometrikus mintázatok víziói a kezdő alanyok kis dózissal folytatott LSD-üléseiben oly gyakoriak, hogy ezeket kezdetben a szertől elválaszthatatlan, tipikus reakcióként kezelték. Ha azonban a dózist növeljük vagy az LSD-t sorozatosan alkalmazzuk, akkor ezek a jelenségek előbb-utóbb eltűnnek az ülésekről. Erre a változásra nem könnyű magyarázatot találni. Elképzelhető, hogy az absztrakt élmények azokat az észleleti mintázatokat idézik fel, amelyeket a csecsemő a születésekor jelentkező oxigénhiány miatt él át; ha ez így van, akkor ezek az élmények a születési emlékek legfelszínesebb rétegét alkotják. Erre enged következtetni az absztrakt élmények harmadik perinatális mátrix iránti affinitása is. A félreértések elkerülése végett tisztáznunk kell, hogy az absztrakt és geometriai élményeknek az itt tárgyaltakon túl vannak más változatai is. Az előrehaladottabb transzperszonális üléseken szintén találkozhatunk geometrikus víziókkal, de ezek olyan speciális sajátságokkal rendelkeznek, amelyek révén könnyen elkülöníthetjük őket az absztrakt szint élményeitől. A mélyebb szintű geometriai látomásokban a mikro- és a makrokozmosz konkrét formái vagy a szakrális geometria objektumai jelennek meg: az alany atomi szintű és molekuláris struktúrákat, sejteket, szöveteket, kagylókat, virágokat, univerzális szimbólumokat vagy összetett mandalákat lát. Ezek a látomások gazdag filozófiai és spirituális tartalmat hordoznak, ami élesen megkülönbözteti őket a korábban ismertetett absztrakt és esztétikai élményektől.

Az absztrakt percepciók módosulásai konkrét érzelmi minőséget vagy specifikus tartalmat is felvehetnek. Ha a víziók hirtelen élessé, fenyegetővé és agresszívokká válnak, a színek pedig átmennek mélyvörösbe, az az alanyban balesetek, operációk, gyilkosság vagy az incesztus hangulatát idézheti fel. Máskor a színek egy pöcegödörre emlékeztetnek, ami az alanyból ellenszenvet, undort vagy szégyent válthat ki. Az absztrakt víziók forma- és színvilágát az alany találhatja bujának, obszcénnek, érzékinek, szexuálisan izgatónak és csábítónak is. Ha a víziókat meleg, barátságos és nyugtató hatású színek kísérik, az az elégedett magzat békés világát idézheti fel. Ezek az élmények minden esetben valamilyen mögöttes, érzelmileg releváns élettrajzi anyagra utalnak. Ugyanezt mondhatjuk a többi észlelési területen jelentkező módosulásról, függetlenül attól, hogy ezek spontán jelenségek-e vagy konkrét érzékszervi benyomások illuzórikus transzformációi. Ha az absztrakt és esztétikai élménybe érzelmi komponens vegyül, az mindig a tudattalan pszichodinamikus szintjének megnyílásáról árulkodik.

A prágai pszicholitikus terápiában résztvevők többsége az első LSD-üléseken absztrakt és pszichodinamikus elemeket keverten tartalmazó élményt élt át. Az ülések előrehaladtával lassan eltűntek az absztrakt jelenségek, és előtérbe került az önélettrajzi elemekre koncentráló önkutatás. Ezek az üléseken az alanyok a korai gyermekkorukból, a későbbi életszakaszaikból, illetve a közelműltből származó, érzelmileg releváns epizódokat éltek újra. Az e folyamathoz társuló élmények zöme a felszínre hozott élettrajzi anyag derivátumának bizonyult. Jelentésükre rendszerint úgy derült fény, hogy a kibontakozó megismerési folyamat végül feltárta a tudattalannak azt a részét, ahonnan eredtek. Mivel e jelenségek struktúrájukat tekintve hasonlóak az álmokhoz, elemzésükhöz az álomfejtés technikáit is felhasználhatjuk.

Az LSD-ülések pszichodinamikus szintjének tartalmát és dinamikáját könnyebben megérthetjük, ha egymástól elkülönült emlék-konstellációkban, ún. *sűrítettélmény-rendszerekben* gondolkodunk. Így magyarázatot adhatunk arra a meglepő megfigyelésre, hogy az alany egymást követő LSD-üléseiben az átélések tartalmi elemei folyamatosan változnak, miközben az élmények általános struktúrája, a kísérő érzelmek minősége és a pszichoszomatikus tünetkép hosszú időn át viszonylag állandó marad. Minden sűrítettélmény-rendszer rendelkezik egy központi témával. A rendszert alkotó történelmi rétegek e téma különböző életszakaszokból származó variációiból állnak, amelyek rengeteg élettrajzi részlettel állnak kapcsolatban. A fókuszban lévő sűrítettélmény-rendszer maradéktalan feldolgozásával az ülések tartalmi változásai, illetve a terapeuta és a setting ezeket kísérő illuzórikus transzformációi egyaránt értelmet nyernek: kiderül, hogy ezek a szóban forgó élményrendszer mely történelmi rétegeihez kapcsolódtak. Elegendő klinikai tapasztalat birtokában már a rendszer kibomlásának elején meg tudjuk jósolni, hogy a folyamat elmélyülésével milyen jellegű élményekre számíthatunk. Ha sűrítettélmény-rendszerekben - és nagy általánosságban a tudattalan dinamikus vezérlőrendszereiben - gondolkodunk, az nagy hasznunkra lehet az LSD-használat következtében fellépő komplikációk, köztük a hosszan tartó reakciók és a flashbackek megértésében is.

Prágai kutatásunk során azt figyeltük meg, hogy a pszichodinamikus üléseken az alanyok elsőként pszichológiai traumáikat élték újra, és csak ezután bukkantak fel a balesetekkel, súlyos betegségekkel vagy operációkkal kapcsolatos emlékek. Bár statisztikailag ez a trend látszik körvonalazódni, nem állítjuk, hogy a folyamat abszolút lineáris és minden esetben így játszódik le. A legtöbb páciensünk előbb-utóbb elért arra a pontra, ahol az érzelmileg releváns élettrajzi eseményekkel kapcsolatos konfliktusok, problémák és emlékek helyét a túlélést vagy a testi integritást veszélyeztető élethelyzetek újraélése foglalta el. Úgy tűnik, hogy a

biológiai veszéllyel járó szituációk és a kora gyermekkorban elszenvedett súlyos pszichológiai traumák emlékei egyfajta átmenetet képeznek a tudattalan pszichodinamikus és perinatális szintjei között. Ha a két szint határterületeiről származó tapasztalatok jelentős átfedésben vannak egymással, akkor az egyik szintről a másikra történő átlépés fokozatosan és majdhogynem észrevétlenül zajlik le. Sok páciensünk, aki LSD-ülésén fulladás közeli állapotot, torokgyíkot, szamárköhögést, gyermekkori tüdőgyulladást vagy mandulaműtétet élt újra, felfedezte, hogy a korábban ezekhez társított fájdalom, félelem és fulladásérzet részint a születési trauma reziduuma volt. Más páciensek, akik gyilkos indulataikat azelőtt infantilis igényeik hiányos kielégítésének tulajdonították, meglepődve tapasztalták, hogy agressziójuk mélyebb szinten a születés "véres csatájával" is kapcsolatban áll. A perinatális szinten megértették, hogy az állkapocs orális agresszióval járó megfeszülését és összeszorulását a csecsemő is átéli, amikor a szülés utolsó fázisában feje a szülőcsatorna falai közé szorul. Egy gyakorlott LSD-terapeuta sokszor előre látja, hogy a páciens szélsőséges érzelmi reakciói és pszichoszomatikus megnyilvánulásai mögött - amelyeket az illető különféle gyermekkori traumáknak tulajdonít - milyen perinatális elemek rejtőznek.

Az LSD-ülések előrehaladtával előbb-utóbb minden alanyunk elhagyta az önéletrajzi szintet, és átlépett a perinatális területre. Az ehhez szükséges ülések száma egyénenként változott. A prágai kutatás során azt tapasztaltuk, hogy azok, akik nem szenvedtek semmilyen súlyos érzelmi problémától, igen hamar feldolgozták az életrajzi anyagot, és továbbléptek a következő szintre, ahol szembesültek a halál-újjászületés problematikájával, az emberi élet értelmére vonatkozó filozófiai kérdésekkel és a létezés spirituális dimenzióival. A súlyos neurózisban és pszichoszomatikus problémában szenvedő pszichiátriai betegeknek azonban húsz-harminc ülésre is szükségük volt, mire végeztek az életrajzi anyaggal, és ők is részeseivé válhattak a halál-újjászületés folyamatának. Utólag a betegek nagy része felismerte, hogy azért töltött annyi időt a pszichodinamikus szinten, mert félt szembenézni a nagyságrendekkel nyomasztóbb perinatális anyaggal. Mivel a terapeuták ekkor még Freud szellemében vezették az üléseket, és kizárólag az életrajzi anyagra koncentráltak, a betegek nem voltak túl motiváltak abban, hogy mélyebbre merüljenek. Ha a kísérők jártasak a pszichedelikus élmény perinatális és transzperszonális dimenzióiban, akkor jelentősen lerövidíthetik a pszichodinamikus anyag feldolgozásához szükséges időt.

Ha a páciens teljesen átlépett a perinatális szintre, akkor megkezdődik a halál-újjászületési folyamat kibontakozása. Általában véve azt mondhatjuk, hogy ez a folyamat a négy fő perinatális mátrix tartalmának jelképes élménysorozatokon keresztüli kibomlásából áll. Az egyes élmények sorrendjében semmilyen univerzálisan érvényes mintát vagy szabályszerűséget nem találtunk. Kivételes esetekben előfordult, hogy az alany rögtön az első perinatális mátrix elemeivel, illetve egyes transzperszonális jelenségekkel került kapcsolatba, és csak ezután találkozott a negatív perinatális mátrixokkal. Az esetek zömében azonban az alany az első és a negyedik perinatális mátrixhoz csak azután fér hozzá, ha megfelelő mélységben feldolgozta a kettes és a hármas mátrix embert próbáló aspektusait. A perinatális szinten átélt élmények mintázata alanyonként változik; az ezt befolyásoló komplex tényezőkről jelenleg csak részleges ismereteink vannak. E szempontból relevánsnak tűnik, hogy az illető milyen körülmények között született, illetve hogy személyes élettörténetének eseményei a születési trauma mely aspektusait tették hangsúlyosabbá.

A perinatális élmények tartalmát az alany személyiségstruktúráján kívül más, külső tényezők is befolyásolhatják, így a terapeuta személyisége, orientációja, terápiás megközelítése, valamint a legtagabb értelemben vett set és setting. Eseti megfigyelések tanúskodnak arról, hogy az élmények tartalmára hatással lehetnek az évszakok és a naptári események: születésnapok, fontos évfordulók és ünnepek, mint a karácsony vagy a húsvét. Néhány esetben összefüggést fedeztünk fel az alany horoszkópja, a bolygók tranzitjai és a pszichedelikus élmény jellege között.² Érdekes kutatási téma lenne annak vizsgálata, hogy a kozmobiológiai tényezők milyen befolyással vannak a pszichedelikus élményre és a perinatális folyamatra. Amíg az alany a perinatális szinten tartózkodik, addig egyetlen ülésen belül több perinatális epizódot is átélhet. Az egyes élményszekvenciák a hozzájuk tartozó mátrixra jellemző tapasztalati minta más-más aspektusait domborítják ki. A negatív mátrixokhoz kapcsolódó élményeknél néha az illető mátrix érzelmi töltése kerül a középpontba: az alanyt eláraszthatja a depresszió, a szorongás, a bűntudat, a düh, az agresszió vagy az undor. Máskor a pszichoszomatikus megnyilvánulások dominálnak: a fulladás, a fej és a test összenyomódásának érzete, különféle fizikai fájdalmak, a perinatális feszültség kisülése remegés és rángások formájában, hányinger, hányás vagy szapora szívverés. A perinatális folyamathoz kapcsolódó átélések spektruma a felszínes és jelképes utalásoktól az alany világát alapjaiban megrázó, primordiális és elementáris erejű élményekig terjedhet.

A perinatális élményeket gyakran illusztrálják biológiai, zoológiai, antropológiai, történelmi, mitológiai és vallási témájú meglátások, amelyek a pozitív és a negatív mátrixokhoz egyaránt kapcsolódhatnak. A halál-újjászületés folyamatát kibontó pszichedelikus ülések ezáltal a tudományos, szociálpolitikai, filozófiai vagy spirituális meglátásoknak is értékes forrásaivá válhatnak.

Bár az LSD-alanyok egyetlen pszichedelikus ülés alkalmával többször is áthaladhatnak a halál és az újjászületés kapuján, rendszerint jóval több ülésre van szükség, mire a folyamat maradéktalanul beteljesedik, és a perinatális anyag végleg eltűnik a tapasztalati térből. Egyes bennszülött kultúrákban a halál-újjászületés élményét rendszeresen ismétlődő beavatási szertartással idézik elő, drogok vagy más, szermentes módszerek használata révén. Ezeknél a népeknél azt figyelték meg, hogy az életút második felében a rituálé alatt átélt tudatállapot már nem olyan drámai, mint fiatalabb korban, és az idősebbek pszichedelikus élményei nélkülözik a perinatális elemeket (részletekért lásd Kilton Stewart (96) senoi népcsoportról szóló beszámolóját). Ahogy a perinatális folyamat a beteljesedés felé halad, úgy fokozódik a negatív élmények intenzitása: az alanyok egyre nehezebb próbatételeken kell átesnie, miközben az ezt követő felszabadulás is egyre mélyebb és teljesebb lesz.

A perinatális folyamat kísérőjelenségei alapján következtethetünk annak előrehaladottságára. Ha az alany több ülésen át a tehetetlen áldozat szerepét játssza, miközben eltöltik őt a kilátástalanság, a reménytelenség és a "nincs kiút" érzései, akkor a folyamat nagy valószínűséggel még csak kezdeti fázisában jár. Az agresszív érzések megjelenése, illetve az élményben való aktív közreműködés a halál-újjászületési folyamat előrehaladottabb fázisaira jellemző. Korábban már említettük, hogy a harmadik perinatális mátrixhoz kapcsolódó fizikai és érzelmi kénokat csak vékony határvonal választja el az intenzív szexuális izgalomtól. E kapcsolat következtében a kisebb dózissal folytatott LSD-terápiában előfordulhat, hogy a születési traumával járó szenvedés egy részét az alany fájdalmasan intenzív, orgiasztikus élményekben engedi szabadjárá. Nagyobb dózis használata esetén a szexuális élményelemek megjelenése a perinatális folyamat közelgő beteljesedésére utal. Hasonló következtetést vonhatunk le abból, ha az alany élményeiben biológiai anyagokkal - vérrel, nyállal, széklettel, vizelettel vagy egyéb, kellemetlen szagú anyaggal - kerül intim tapasztalati kapcsolatba. Ha az élményben kezd dominánssá válni a tűz elem, az szintén a halál-újjászületési folyamat beteljesedését jelzi. Ez megjelenhet konkrét formában, például vulkánok, termonukleáris reakciók, robbanások és tűzvészek képeiben, de absztrakt szinten, a mindent megtisztító és megújító tűz transzcendens látomásában is (pirokatarzis).

Az LSD-pszichoterápia praxisában rendkívüli fontossággal bír, hogy a terapeuta első kézből ismerje a halál és az újjászületés folyamatát kísérő tapasztalatokat. Ezek az élmények sokszor annyira elviselhetetlenek, hogy az alany talán át sem jutna rajtuk, ha nem bátorítaná és támogatná őt valaki, aki jól ismeri a terepet. Ha a kísérő részéről ez az együtt érző támogatás nincs jelen, akkor az alany mindent megmozgathat annak érdekében, hogy elkerülje e kritikus fordulópont félelmetes aspektusait, ami hosszú időre hátráltathatja, sőt akár véglegesen meg is akaszthatja a perinatális folyamat beteljesedését. A perinatális áttörés küszöbén az alanyt egy katasztrófális, mindent elpusztítani készülő robbanás előérzete töltheti el, úgy érezheti, mindjárt megfullad vagy elájul (minden "elfeketedik"), átélheti, amint a teste darabokra esik, és összeomlik minden vonatkoztatási pontja.

A perinatális élmények érdekes vízválasztót képeznek az életrajzilag determinált egyéni tudattalan, illetve a kollektív tudattalan transzperszonális világai között. A terápiás folyamat előrehaladottságát abból is megállapíthatjuk, hogy milyen arányban vannak jelen az ülésen a pszichodinamikus és a transzperszonális elemek. A folyamat korai fázisaiban, amikor az életrajzi anyag van a középpontban, az alany néha olyan mélyen elmerül egy traumatikus gyermekkori emlék újraélésében, hogy élménye átnyúlik a perinatális szintre. A későbbi fázisokban, amikor az élményeket szinte teljes egészében a perinatális mátrixok dominálják, a pszichodinamikus elemek már csak a betegségek, operációk és balesetek újraélésében térnek vissza. Ugyanakkor egyre több lesz a transzperszonális elem, amelyek vagy a perinatális élményeket kísérik, vagy teljesen önálló epizódokat alkotnak. A születési trauma különféle aspektusait átélő alanyok gyakran számolnak be arról, hogy a folyamat során olyan inkarnációs emlékekhez férnek hozzá, amelyek a születés körüli problémákhoz hasonló elemeket tartalmaznak. A szülőcsatorna fullasztó szorítását például kísérhetik olyan emlékek, amelyekben az alanyt egy előző életében vízbe fojtják vagy felakasztják. Az éles perinatális fájdalmak kapcsán az alany átélheti, amint valamelyik korábbi inkarnációjában felkoncolják, esetleg vadállat tépi szét, a második perinatális mátrix "nincs kiút" érzései pedig egy középkori börtön emlékeit idézhetik fel. Az ego halálának élményét hasonlóképpen kísérhetik kivégzések, gyilkosságok vagy rituális véráldozatok emlékei.

A transzperszonális jelenségek számos fajtájával az alany elsőként a perinatális élmények kontextusában találkozunk. A születés körüli élményeket kísérhetik istenségek és démonok archetipikus képei, amelyek különálló vízióként vagy komplex, mitológiai jelenetekbe ágyazottan is megjelenhetnek. A tapasztalatok szerint közeli kapcsolat áll fenn a Szörnyű vagy a Nagy Anya, Sátán, Moloch, Siva a Pusztító, Ozirisz, Dionüszosz és Jézus Krisztus alakja, illetve a perinatális mátrixok és a születési folyamat egyes aspektusai között. Néha előfordul, hogy az alany az ősei életéből származó emlékeket vagy filogenetikai kríziseket él újra; ezek hasonló szerepet játszhatnak, mint a korábban már említett karmikus élmények. Jellemző az is, hogy az alany különféle rasszok, mesterségek és társadalmi csoportok képviselőivel vagy konkrét szerepekkel azonosul: háborúzó katonákkal, ambiciózus katonai vezetőkkel, forradalmárokkal, diktátorokkal, a koncentrációs táborok lakóival, az örültek háza ápoltjaival, kalandorokkal, felfedezőikkel, mártírokkal vagy szentekkel. A nagyobb embercsoportokkal történő azonosulás következtében az alany különféle vallási, történelmi és szociálpolitikai mozgalmak dinamikájába is betekintést nyerhet. Szélsőséges esetben a halál-újjászületési folyamat az egész emberiség kollektív drámájaként kerül átélésre.

A perinatális folyamat beteljesítéséhez szükséges pszichedelikus ülések száma egyénenként változik. Ezt a számot az alany személyiségstruktúrája mellett olyan külső tényezők is befolyásolják, mint az LSD dózisa, a terapeuta személyisége, a set vagy a setting. Saját praxisomból emlékszem olyan esetre, amikor az alany kevesebb mint tíz teljesen internalizált, nagy dózisu LSD-üléssel átdolgozta magát a perinatális anyagon és integrálta azt. Másoknak több tucat pszichedelikus élményen kellett átesniük, mire teljes egészében átléphetek a transzperszonális szintre. Találkoztam olyanokkal is, akik az LSD-t felügyelet nélkül, társaságban, a külvilággal fennálló folyamatos kontaktus mellett használták; ebben a csoportban a perinatális folyamat kibontakozása - az esetenként több százra rúgó LSD-utazás ellenére - még csak el sem kezdődött.

Ha az alanyok magas dózisban tiszta LSD-t kapnak, és pszichedelikus üléseik a mély önkutatás szellemében zajlanak, akkor nagy részük előbb vagy utóbb beteljesíti az ego halálának és újjászületésének folyamatát. Ezt követően az alany átlép a transzperszonális szintre, ahol ülései filozófiai és spirituális jellegű öltetek. A pszichedelikus folyamat ekkor a tudatosság kozmikus kalandjává válik, amelynek célja, hogy az alany feltárja személyes identitása, az emberi létezés és az univerzum működésének rejtélyeit. Ez a minőségi ugrás mindenkinél bekövetkezik, aki sikeresen maga mögött hagyta a perinatális szintet, függetlenül attól, hogy az illető eredetileg miért kezdte használni az LSD-t.

A Prágában folytatott pszicholitikus kutatási programban részt vevő, neurózissal és pszichoszomatikus tünetekkel küzdő betegek nagy részénél azt láttuk, hogy először a pszichodinamikus szint jelenségeivel szembesülnek, ezután keresztülmennek a halál és az újjászületés folyamatán, majd átlépnek a transzperszonális birodalomba. Ha ezt a fejlődési utat a pszichoterápia hagyományos iskoláihoz kívánjuk kapcsolni, akkor annak első szakaszát "*freudi*" fázisnak nevezhetjük, mivel az LSD-folyamat pszichodinamikus szintjén tapasztalható jelenségek zöme a pszichoanalízis fogalmi rendszerében nyeri el értelmét. A perinatális folyamatot - amelynek központi elemét a születési trauma újraélése adja - elkeresztelhetnénk "*ranki*" fázisnak is. Mivel a perinatális folyamat lényegi velejárója a tudattalanba lefojtott energiák orgiasztikus kisütése, valamint a karakterpáncél ezzel járó szétolvadása, e szakasznak fontos "*reichi*" dimenziója is van. Ami a transzperszonális jelenségeket illeti, ezek szisztematikus feltárásával és leírásával eddig egyetlen pszichiáter, Carl Gustav Jung foglalkozott. Bár az ő elméleti rendszere nem fedi le teljesen a transzperszonális élmények spektrumát, helyénvalónak tűnik, ha a harmadik szakaszt "*jungi*" fázisnak kereszteljük el. A tudattalan perinatális és transzperszonális szintjeiről származó jelenségeket a pszichológián kívül számos misztikus rendszer és vallási tradíció is ismeri.³

A pszichedelikus folyamatot, illetve a pszichedelikus élmények tartalmában bekövetkező változásokat jól illusztrálja Erwin, a huszonegy éves LSD-páciens esete, akit súlyos kényszerneurózisa miatt részesítettünk kezelésben. Bár esete terápiás szempontból az abszolút kudarcaink közé tartozik, jó példát nyújt arra, milyen változásokon megy át az LSD-élmény szimbolikus tartalma. Az üléseken ismételt felbukkant a kígyó klasszikus freudi szimbóluma, amely mindig a pszichedelikus folyamat aktuális szintjének megfelelő jelentésre tett szert. A többi pácienshez hasonlóan Erwin is átdolgozta magát a tudattalan pszichodinamikus, perinatális és transzperszonális szintjein, de LSD-élményei kivétel nélkül negatív természetűek voltak, és soha nem tapasztalta meg azokat az egyesített tudatállapotokat, amelyek megfigyeléseink szerint a legnagyobb terápiás potenciállal rendelkeznek.

Erwint azután vettük fel az LSD-kezelési programba, hogy négy éven át sikertelenül próbálták kezelni különféle hagyományos eljárásokkal. Legsúlyosabb klinikai problémája az volt, hogy erős készletet érzett

egy két koordináta-tengellyel rendelkező geometriai rendszer elképzelésére, amelyben minden, általa ismert személy és élethelyzet számára meg kellett találnia a megfelelő pozíciót. Ha a kényszernek ellenállt, elviselhetetlen félelem és más, igen kellemetlen érzelmek uralkodtak el rajta. A koordináta-rendszer menedzselése oly sok időt és energiát emésztett fel, hogy annak Erwin hétköznapi élete látta kárát: cselekvőképességét a belül érzett tehetetlenség gyakran teljesen megbénította. Néha órákat töltött azzal, hogy élete valamely aspektusának megtalálja a legmegfelelőbb koordinátákat, de a kielégítő megoldást sehogy sem sikerült megtalálnia. Röviddel azelőtt, hogy hozzánk került, az a kényelmetlen érzése támadt, hogy képzeletbeli rendszerének középpontja kezd eltolódni bal felé. Ezzel egy időben sürgető feszültség, depresszió, és általános létbizonytalanság fogta el. Megjelentek különféle pszichoszomatikus tünetek is, amelyekhez hipochonder módjára viszonyult. Az LSD-terápiás programba azt követően utalták be, hogy egymás után többször is bekerült a pszichiátriára, ahol sikertelenül próbálták kezelni nyugtatók, antidepresszánsok és hagyományos pszichoterápiás eljárások révén.

Erwin a kezelés kezdetén elképesztő rezisztenciát mutatott: egy ízben 1500 mikrogramm, intramuszkulárisan befecskendezett Sandoz-LSD hatásának is ellen tudott állni.⁴ A nagy dózisos LSD-ülések sorozatán át semmiféle jelét nem mutatta a változásnak; üléseinek zöme erőteljes szomatizációval, valamint a kontroll megőrzéséért folytatott küzdelemmel telt. Hosszú idő után kezdtek felderengeni az első életrajzi emlékek, például abból az időszakból, amikor katonaként szolgált. A harmincnyolcadik LSD-ülésen végül megtört a jég: Erwin hirtelen a gyermekkorába regresszált, amit rendkívül meggyőző és realiztikus átélések kísértek. Kicsinek és kiszolgáltatottnak érezte magát, úgy találta, hogy összezsugorodott a pénisz, olyan kicsire, mint egy kisgyermeké. Szorongani kezdett, hogy elveszíti a belei feletti kontrollt, és szégyenszemre be fog vizelni vagy összepiszkítja a nadrágját. Kényszeres tünetei, amelyek rendkívüli mértékben felerősödtek, intim kapcsolatba kerültek a tudati térben látott tekergőző hullókkal és a kígyó bőréhez hasonló mintázatokkal. Úgy érezte, képzeletbeli koordináta-rendszerének mozgásai tökéletes szinkronban vannak a látomásokban látott kígyók mozgásával. Ezeken az üléseken Erwin a WC-tréning és a szülői autoritás elleni lázadás problémáival foglalkozott. Testének ürítési funkciói erősen ambivalens érzéseket keltettek benne: egyszerre találta ezeket élvezetesnek és undorítóknak.

Korregressziója közben újraélt egy eseményt, amelyre eredetileg két és fél éves korában került sor. Anyja cirkuszba vitte, ahol az első sorban ültek, és ő anyja öléből bámulta az előadást. Az egyik számban egy női hastáncos táncolt nyakában egy hatalmas óriáskígyóval. Partnere az előadás egy pontján átvette a kígyót a nőtől, és körbehordozta a porondon, hogy a közönség közelebről is megszemlélhesse. Amikor a férfi Erwin és anyja közelébe ért, a kígyó váratlan mozdulatot tett. A pánikhelyzet hatására a kisfiú bevizelt és belecsinált a nadrágjába. Az anya rendkívül kínosnak érezte a helyzetet, és azonnal elhagyta a cirkuszt. Az emlék hiteles voltát később az anya is igazolta.

Erwinnek meglehetősen sokáig tartott, mire sikerült átdolgoznia magát a cirkuszi emlékekhez kapcsolódó komplikált, ambivalens érzelmeken: egyrészt undor, szégyen és kisebbségi érzés fogta el, másrészt elárasztotta az erőteljes libidinális gyönyör és a tisztaságra vonatkozó túlzott szülői elvárások megtörése feletti győzelmes elégedettség. Ezen a szinten a kígyó képe és Erwin neurotikus tünetei egyértelmű anális konnotációkkal társultak: a víziókban kanyargó, hullószerű minták a széket, a koordináta-rendszer eltolódásai pedig a belek mozgását szimbolizálták.

Erwin későbbi LSD-ülésein teljesen új elemek bukkantak fel. A kígyószerű mintázatok és a kanyargó hullótestek víziói ezúttal erőteljes erotikus izgalmat és szexuális feszültséget keltettek. Erwinnek időről-időre olyan látomásai voltak, amelyekben meztelen férfi és női testek közöszültek egymással. Ezek az élmények végül a klasszikus freudi ősjelenet újraélésében csúcsosodtak ki: Erwin felidézte, amint gyermekként megleste szülei szexuális tevékenységét, és arra is emlékezett, hogy a látottakat szadisztikus módon interpretálta. Érzése szerint ez a jelenet körülbelül az idő tájt játszódhatott le, amikor anyjával részt vett a cirkuszi előadáson. Úgy tűnt, a két emlék mély hasonlóságot mutat: mindkettőben jelen volt a férfi és a női alak, és harmadikként Erwin, a szemlélő. A cirkuszi jelenet óriáskígyója és az ősjelenetben látható pénisz szimbolikusan ekvivalensek egymással. Ezen a szinten a kígyó egyértelmű fallikus szimbólum, teljes összhangban a freudi tradíció értelmezésével.

Amikor Erwin átlépett a perinatális szintre, felfedezte, hogy az előzőleg leírt jelenségek közül több a születési agóniával is szoros kapcsolatban áll. A kígyó itt a destruktív női princípium szimbólumává vált, amely összeroppantja és megfojtja a megszületni készülő kisbabát. Könyvek és filmek jutottak eszébe, amelyekben az óriáskígyó körülfonja, megfojtja és lenyeli áldozatát. A kígyó szimbólumának fallikus konnotációja ily módon a halál és az újjászületés folyamatával is összekapcsolódott. A kényszeres tünetek továbbra is szoros kapcsolatban álltak a kígyó testének mozgásával, ám ezúttal a szülőcsatornában való előrehaladást kísérő, konfliktusban lévő erőket reprezentálták. Amikor a tisztátalansággal kapcsolatos szorongásai a genitális és az anális területről áterjedtek a teljes testre, Erwin rájött, hogy azt a helyzetet éli

újra, amelyben újszülöttként a világra jött. A belek és a hólyag fölötti kontroll elvesztése miatti aggodalmát arra a reflexes vizelésre és székelésre vezette vissza, amellyel csecsemőként a születés gyötrelmeire reagált.

A hullóket idéző, tekergőző víziók Erwint a transzperszonális ülésein is elkísérték, ahol a kígyó szimbóluma archetipikus és mitológiai kontextusban jelent meg. Látomásaiban magas rangú papnók a természet primordiális erőit megtestesítő szent kígyókat gondoztak és imádtak: gigászi, saját farkukba harapó ouroboroszokat, tollaskígyókat és más, rejtélyes kígyóisteneket.

Bár Erwin LSD-élményeire látszólag minden szinten megtaláltuk a megfelelő magyarázatot, terápiás szempontból a feltárt kapcsolatok egyike sem bizonyult gyümölcsözőnek. Jóllehet Erwin többször is úgy érezte, hogy csak egyetlen lépés választja el a megoldástól, kezelése a pszichedelikus ülések hosszú sorozata ellenére sikertelen maradt.

AZ ÜLÉSEKET KÖVETŐ ÉRZELMI ÉS PSZICHOSZOMATIKUS VÁLTOZÁSOK

A pszichedelikus terápia során az LSD-ülések tartalmában bekövetkező változások az alany ülést követő klinikai állapotára is kihatással vannak. Az üléseket elválasztó időszakok dinamikájával, illetve az ilyenkor felmerülő komplikációk kezelésével egy korábbi fejezetben már foglalkoztunk. Ebben a fejezetben azokat a változásokat tekintjük át, amelyek a rendszeres LSD-üléseken részt vevő pácienseknél figyelhetők meg. Vizsgálatunk tárgyául a Prágában végzett pszicholitikus munkánk kezdeti szakaszát választjuk; ebben az időszakban még nem használtuk az ülések internalizálásának, a lecsengő szakaszban végzett aktív terápiás munkának, illetve a visszatérés pozitív strukturálásának módszerét. Mint azt korábban kifejtettük, a pszichedelikus terápiában e módszerek használatával jelentősen csökkenthetjük a negatív utóhatás és a klinikai állapot ingadozásának esélyét.

Hogy e szakaszban mégis az LSD-folyamat kevésbé strukturált körülmények közötti lefolyását tanulmányozzuk, annak két oka van: egyrészt így jobban megvilágíthatjuk a pszichedelikus folyamat dinamikáját, másrészt érzékeltethetjük, miért fontos, hogy a jövő LSD-terapeutái aktívan közreműködjenek az üléseken átélt élmények megfelelő lezárásában. Ezek az LSD-ülések - bár felügyelet mellett zajlottak - teljesen nélkülözték a lecsengő szakaszban végrehajtott terápiás beavatkozásokat. Mivel az akkori eljárásunk közelebb állt a nem orvosi körülmények között végzett önkísérletekhez, mint a modern LSD-pszichoterápiához, az e korszakból származó megfigyelések értékes információt jelenthetnek azon szakemberek számára, akik a felügyelet nélkül folytatott pszichedelikus önkísérletezés kríziseinek elhárításával, illetve az abból adódó komplikációk kezelésével foglalkoznak.

A viszonylagos érzelmi stabilitást mutató egyéneknél a felügyelet mellett lefolytatott LSD-ülések negatív utóhatásai elhanyagolhatóak. Ez még akkor is így van, ha az ülés lecsengő szakaszában az alany semmiféle terápiás támogatásban nem részesül. Mint korábban már említettem, a páciensek e csoportjánál soha nem tapasztaltam olyan utóhatást, amelyet alakját vagy intenzitását tekintve a klinikai pszichopatológia körébe sorolhatnánk. Előfordult, hogy egyes alanyok az ülésük után szomorúvá vagy ingerlékennyé váltak, elfáradtak, egzisztenciális kérdéseken töprengtek, fájt a fejük, vagy "másnaposnak" érezték magukat, de e megnyilvánulások egyike sem lépte túl a hétköznapi szintet. Az ülések közötti időszakokat még az sem térítette ki a megszokott kerékvágásból, amikor az alany ülésein a halál-újjászületési folyamat legproblémásabb részein dolgozott. Az igazat megvallva félre is vezetnénk az olvasót, ha a "normális" alanyoknál kizárólag az LSD-ülések negatív következményeire koncentrálnánk. Az esetek többségében ugyanis a vitalitás és az életerő markáns erősödését, emelkedett hangulatot, az érzékelés szokatlan gazdagságát és más, kifejezetten pozitív változásokat tapasztaltunk, amelyek napokig, sőt hetekig eltartottak.

A normális alanyokhoz képest nagyon más képet mutattak azok a pszichiátriai betegek, akik súlyos neurotikus vagy pszichoszomatikus betegségben szenvedtek. Amikor ezek a páciensek a pszichodinamikus anyagon dolgoztak, klinikai állapotuk az üléseket követő időszakokban jelentős ingadozást mutatott. Előfordult, hogy egy ülés után hirtelen, ugrásszerű javulást tapasztaltunk, és már abban a hitben éltünk, hogy a terápia közel jár a sikeres befejezéshez. Máskor az eredetileg meglévő tünetek váratlan, és hasonló hirtelenséggel bekövetkező erősödését figyelhettük meg. A betegek többi részénél a pozitív vagy negatív irányú változás nem volt igazán figyelemre méltó. A klinikai állapot enyhülése és erősödése mellett arra is láttunk példát, hogy egy beteg tünetei egyszeriben drámai átalakuláson mentek keresztül. Voltak, akiknél a több éve makacsul fennálló pszichopatológiai megnyilvánulások egyetlen LSD-ülés leforgása alatt varázslatos módon eltűntek, és a helyükre teljesen más klinikai tünetek léptek, amelyekkel a páciens korábban még nem találkozott. Ezeknek a változásoknak a dinamikájáról az olvasó részletes áttekintést talál a könyv 158. oldalán. A tünetegyüttes átalakulása esetenként annyira drámai volt, hogy a páciens egy másik

klinikai kategóriába kellett átsorolnunk. Mivel ez a jelenség messzire ható elméleti és gyakorlati jelentőséggel bír, megérdeklődtem, hogy egy rövid klinikai példával is illusztráljam:

Richard huszonhat éves egyetemi hallgató volt, aki négy éve szenvedett súlyos, a kezelésnek makacsul ellenálló depresszióban. A négy év során hat alkalommal kísérelt meg öngyilkosságot; egyszer úgy próbált véget vetni életének, hogy patkánymérget evett. A depresszió mellett gyakran élt át szorongásos rohamot, kínzó fejfájást, mellkasi fájdalmat, heves szívdobogást és súlyos álmatlanságot. Richard úgy gondolta, hogy érzelmi problémáinak zömét szexuális életének zavarai okozzák. Bár számos nőismerőse volt, szexuálisan képtelen volt megközelíteni őket, így életében még egyszer sem jutott el a közösülésig. Szexuális feszültségét enyhítendő időnként maszturbált, ettől viszont megvetés töltötte el önmaga iránt, és kínzó büntudat lett rajta úrrá. Időről-időre homoszexuális kalandokba is bocsátkozott, ilyenkor minden esetben a passzív fél szerepét játszotta. Bár ezek a szituációk átmenetileg megoldották a problémáját, a nyomukban jelentkező büntudat lassan olyan mélységűvé vált, hogy Richard legszívesebben elpusztította volna magát. A homoszexuális kalandokat követő elkeseredésében több alkalommal kísérelt meg öngyilkosságot; egyszer nagy mennyiségű ösztrogén hormont juttatott a szervezetébe, így próbálván kasztrálni magát.

Richard a tizennyolcadik LSD-ülésén teljes mélységében újraélt és integrált egy igen erőteljes negatív sűrítettélmény-rendszert, amely funkcionálisan a második perinatális mátrixhoz kötődött.⁵ Ezt az áttörést több órán át tartó eksztatikus állapot követte: Richard úgy érezte, meggyógyult, elégedetten és optimistán tekintett a jövő elé. Az ülés lecsengő szakaszában azonban beleütközött egy másik emlékkonstellációba, amely a harmadik perinatális mátrix jegyeit viselte magán. Ez a fejlemény némiképp elkedvetlenítette. Csalódottsága nyomán úgy döntött, nem foglalkozik a problémával: gyorsan helyreállította védelmi rendszereit, és a zavaró jelenséget visszanyomta a tudattalanba. Az LSD-ülés végére sugárzóan és boldognak tűnt, jól érezte magát a testében. A régi tünetei eltűntek, ám a helyüket meglepetésünkre egy új tünet foglalta el: Richard jobb karja egyszeriben lebénult. A jelenség a klasszikus hisztériás konverziós bénulás minden jelét mutatta, még az ún. "belle indifférence" is megfigyelhető volt: az a semleges érzelmi attitűd, amellyel a beteg a komolynak látszó tünethez viszonyult.

Amikor a pszichedelikus kezelést tovább folytattuk, érdekes dolgokat tapasztaltunk. A következő üléseken Richard karbénulása azonnal elmúlt, mihelyt az LSD hatni kezdett, és csak akkor tért vissza újra, amikor a szer hatása véget ért. A hisztériás bénulás hátterében két fontos problématerület húzódtott meg, ezeken kellett Richardnak átdolgoznia magát. Ezek közül az első Richard apjához fűződő kapcsolata volt. A brutális alkoholista apa elnyomta és fizikailag bántalmazta családját; több alkalommal is úgy megverte a fiút, hogy kórházba kellett szállítani. Kamaszkorában Richard arról álmodozott, hogy egyszer megöli őt.

Az LSD-üléseken Richard ismételtén azt vizionálta, hogy én vagyok az apja. Mihelyt a szer hatása ezt lehetővé tette, karjával rögtön az arcom felé sújtott. A támadó mozdulatot azonban soha nem fejezte be; kezét mindig megállította pár centire az orromtól, majd visszakozott, hogy újult erővel ismét támadhasson. Richard ökle néha órákon át táncolt így az arcom előtt, mintha a freudi idből és a felettes énből származó ellentétes impulzusok rángatnák ide-oda. Ez idő alatt mindvégig az apjával kapcsolatos traumatikus emlékek újraélésében merült el, és többször voltak olyan látomásai, amelyek apja meggyilkolására utaltak.

A karbénulás hátterében meghúzódó másik probléma a maszturbáláshoz kapcsolódott. Richardnak erős konfliktusa támadt maszturbálási vágya, valamint az ehhez kapcsolódó büntudata és a büntetéstől való félelme miatt. Keze újra és újra a genitális területre tévedt, de mindig visszahúzta azt a csípő magasságába. Miközben a keze ide-oda járt, Richardban felváltva jelentkeztek a szexuális töltésű és a büntetéssel kapcsolatos élmények. A folyamat végén intenzív érzelmek kíséretében újraélt egy traumát, amelyben apja elkapta és kegyetlenül megbüntette őt maszturbálásáért.

Az említett két problématerületnek voltak perinatális vonatkozásai is, amelyekben Richard anyjához fűződő viszonya tükröződött. A perinatális fázisban a halál-újjászületési csata élményei szorosan összefonódtak az apával való kapcsolat körüli önéletrajzi emlékekkel. Richardnak hét ülés kellett ahhoz, hogy a konfliktusok e két területén teljesen átdolgozza magát. Amikor végül sikerrel járt, teljesen visszanyerte a keze és a karja fölötti uralmat, bénulásos tünetei eltűntek, és a régi tünetek sem tértek vissza többé. Pár hét múlva Richard életében először heteroszexuális kapcsolatot létesített egy nővel.

A korábban említett ingadozások ellenére a kutatásunkban részt vevő neurotikusok klinikai állapota hosszú távon javuló tendenciát mutatott. Adott számú ülés elteltével - a szükséges mennyiség egyénenként változott - betegeink nagy részénél a tünetek jelentősen enyhültek, sőt néha el is tűntek. Ezek a páciensek kevés kivételtől eltekintve elhagyhatták az osztályt, és LSD-terápiájukat ambuláns formában folytatták tovább.

A betegek állapotában végbemenő javulás nagyságrendjét tekintve hasonló volt, mint amit sikeres pszichoanalízissel vagy más szisztematikus, hosszú távú pszichoterápiás módszerrel érhattünk volna el. Utólag visszatekintve az lett volna a logikus, ha a kezelést ezen a ponton abbahagyjuk. A betegek nagy részénél azonban másként döntöttem, és e döntés következtében nemsokára az emberi tudat teljesen új területét fedezhettem fel.

Bár az LSD-üléseket elválasztó időszakokban a páciensek állapota jelentős javulást mutatott, pszichedelikus élményeikben továbbra is jelen volt az agresszió, a szorongás, a bűntudat és a különféle pszichoszomatikus tünetek együttese. Ezek a megnyilvánulások az ülések előrehaladtával egyre primitívebb és elementárisabb formát öltöttek, a páciensek élményanyaga pedig kezdett erősen orális jellegűvé válni. E megfigyelés alapján arra következtettem, hogy a terápiás folyamat a végéhez közeledik, és az LSD-kezelést csak azért folytattam mégis tovább, hogy a "maradvány-problémák" teljes feldolgozása révén megakadályozzam a későbbi visszaesést. A pszichoanalízis elmélete szerint mindannyian "tabula rasával" - üres lappal - születünk, és az első pszichológiai problémáink az orális szakaszban jelentkeznek. Mivel az elmélet szerint a születést megelőző időszakról nem lehetnek emlékeink, a pszichoterápiában sincs értelme az orális szakasznál korábbi emlékek után kutatni. Ennek megfelelően arra számítottam, hogy az önéletrajzi anyag feldolgozását követően még az LSD segítségével sem tudunk majd újabb problémákat a felszínre hozni. Mivel a traumatikus emlékek újraélését gyakran követték eksztatikus és tartalom nélküli epizódok, úgy gondoltam, hogy az LSD-ülések sorozatában pácienseink előbb vagy utóbb el fognak jutni arra a pontra, ahol kizárólag indifferens, egyesített élményeket élnek át - ezekről pedig tudtuk, hogy rendkívüli gyógyító és integratív potenciállal rendelkeznek. Bár a hipotézisem lényegében megállta a helyét, az egyesített élmények átéléséig vezető út jóval hosszabbnak és rögzöttebbnek bizonyult, mint azt eredetileg gondoltam.

Akkoriban még nem ismertük az LSD-folyamat természetét és alapvető törvényszerűségeit; emellett egy meglehetősen szűk látókörű elméleti modell alapján dolgoztunk, amely jócskán alábecsülte az emberi személyiség dimenzióit. Tudásunk korlátai miatt pácienseink a kelleténél több érzelmi és pszichoszomatikus szenvedésen mentek keresztül; az ebből adódó bizonytalanság szakmai integritásomat, terápiás optimizmusomat és kitartásomat egyaránt komoly próbának vetette alá. Mindezen nehézségek ellenére azt mondhatom, hogy ez az időszak életem leglenyűgözőbb intellektuális és spirituális kalandja volt. Kutatásaim során az emberi tudattalan új, mindaddig feltérképezetlen tájaira bukkantam, ahonnan százával özönlöttek elő a korábbi szemléletem számára értelmezhetetlen megfigyelések. E folyamat hatására végül radikálisan eltávolodtam a hagyományos elméleti keretrendszerektől, jelentősen kibővítettem az emberi tudatról alkotott modelletemet, és gyökeresen átalakultak a valóság természetére vonatkozó elképzeléseim.

Amikor a betegek bejutottak a perinatális szintre, átéléseik, érzelmeik és az ezeket kísérő pszichoszomatikus megnyilvánulások olyan intenzívvé és mélyé váltak, hogy az minden képzeletet felülmúlt. Előbb-utóbb mindegyikük elérte azt a szintet, ahol már kozmikus léptékű kínokat és gyönyöröket élt át. Az üléseket elválasztó időszakokban a klinikai állapot aszerint változott, hogy az illető hol járt a halál-újjászületési folyamatban. Egyes ülések után a klinikai állapot drasztikus romlását figyelhettük meg; néha olyan pácienseknél alakultak ki átmeneti pszichotikus állapotok, akikről korábban már azt gondoltuk, hogy a gyógyulás küszöbén állnak. Előfordult, hogy olyan betegeknek is vissza kellett térniük a kórházba, akiket korábban már elengedtünk, és a terápiában ambulánsan vettek részt. A negatív irányú változások mellett ritkábban, de arra is volt példa, hogy egy alany LSD-ülése rendkívül mély, eksztatikus állapotban ért véget. Az ezzel járó klinikai javulás olyan döbbenetes volt, hogy az minőségi ugrást jelentett a pszichodinamikus szinten megfigyelt változásokhoz képest. Ezeknél a betegeknél nem csupán tüneteik jelentős enyhülését, de a létezéshez való viszonyuk pozitív átalakulását is megfigyelhettük: ülésük után vidáman vetették bele magukat az életbe, és létélményük jellegzetesen spirituális tónussal gazdagodott.

A halál-újjászületési folyamat végéhez közeledve az üléseket elválasztó időszakok egyre labilisabbá válnak. Ebben a fázisban gyakori a depresszió, az agresszív feszültség, de felléphetnek ön-destruktív késztetések és mániás állapotok is. Bár a lecsengő szakaszban végzett aktív terápiás munkával az ilyen jellegű komplikációk esélyét nagyban csökkenthetjük, a súlyos érzelmi problémával küzdő betegeknél a perinatális folyamat utolsó fázisa olyan szintű kilengéseket okozhat, hogy azok kezeléséhez erre szakosodott intézményre és speciális képesítéssel rendelkező szakápolókra lehet szükség.

A beteg eredeti tünetei, amelyek a kezelés korábbi szakaszában jelentősen enyhültek vagy akár el is tűntek, ebben a fázisban újra a felszínre törhetnek. A pszichodinamikus szintről a perinatális terület felé haladva azt figyelhetjük meg, hogy egyes, eredetileg jelentős eltéréseket mutató pszichopatológiai szindrómák fokozatosan elveszítik egyedi jellegzetességeiket, és mindannyian ugyanarra a perinatális problémára redukálódnak. Azok a pszichiátriai betegek, akik az LSD-terápiát a lehető legkülönbözőbb

klinikai problémákkal kezdtek, rendszerint egy irányba konvergálnak, és a perinatális folyamat végére többé-kevésbé hasonló tüneteket produkálnak. Ebben a fázisban nem látunk túl nagy különbséget a klausztrofóbia, az alkoholizmus és a gátolt depresszió miatt beutalt betegek állapotában: mindegyikük a második perinatális mátrix aktivációjára jellemző tüneteket mutat. A szadomazochizmus, az asztma, a hisztériás rohamok és az agitált depresszió miatt kezelt betegeknél szintén eltűnnek az életrajzilag determinált különbségek, és tüneteik egyöntetűen a harmadik perinatális mátrix jegyeit viselik magukon. Ezek a megfigyelések új fényt vetnek a különféle pszichopatológiai szindrómák dinamikus struktúrájára, és lehetővé teszik a mentális betegségek és a pszichoterápia forradalmian új modelljének megalkotását. Ezekről a fejleményekről a könyvsorozat következő kötetében fogok számot adni.

A prágai pszicholitikus kutatásban részt vevő betegek a halál-újjászületési folyamat egyes aspektusainak ismételt átélését követően előbb vagy utóbb elérkeztek az ego végső halálának élményéhez. Ez a tapasztalat fordulópontot jelent az LSD-pszichoterápiában: ha az alany sikeresen maradéktalanul átéli, akkor a második, harmadik és negyedik perinatális mátrixra jellemző tapasztalati elemek többé nem kerülnek elő, és nem befolyásolják az ülések közötti periódusokat sem. Helyükre az első perinatális mátrix, valamint különféle transzperszonális mátrixok lépnek, és átveszik a pszichedelikus élmények irányítását. Ez az áttérés a betegek klinikai állapotában is megmutatkozik: a neurotikus és pszichoszomatikus tünetektől szenvedő páciensek állapota drámai mértékben javul. A perinatálisról a transzperszonális szintre történő tapasztalati átlépés azonban nem jelenti azt, hogy a negatív élmények nyomtalanul eltűnének az LSD-ülésekről vagy az üléseket elválasztó időszakokból. A transzperszonális ülések tartalmát ugyanaz a kettősség jellemzi, ami az életrajzi és a perinatális ülések anyagára is jellemző. Az üléseket követő időszakok dinamikájával ugyanez a helyzet: az alany érzelmi és pszichoszomatikus állapotát a pozitív és a negatív töltésű transzperszonális mátrixok egyaránt befolyásolhatják. Az alany mindennapi érzülete, gondolatai, viselkedése, világnézete és életstílusa tükrözheti a gondtalan magzati lét óceáni boldogságát, a magzati krízisek borzalmait, a pozitív karmikus mintákat, az elmúlt életek tragédiáit és a tápláló, gondoskodó vagy destruktív archetípusok energiáit is.

Abból a tényből, hogy az alany túllépett az életrajzi és a perinatális szinteken, nem következik, hogy ettől kezdve LSD-üléseinek ne lenne semmilyen személyes relevanciája. Mivel az életrajzi anyag ezen a ponton teljes egészében, elfojtások és érzelmi torzítások nélkül hozzáférhető, többé nincs szükség az élettörténet traumatikus eseményeinek fájdalmas újraélésére vagy a nukleáris családban lezajlott drámák kibogozására. Hasonlóképpen eltűnnek a halál-újjászületés csatájához kapcsolódó klausztrofób rémálmok, a szkatológiai jelenetek és a szadomazochisztikus orgiák víziói. A transzperszonális élmények azonban - grandiozitásuktól és kozmikus jelentőségüktől függetlenül - továbbra is intim kapcsolatban állnak az őket átélő alany mindennapi életével. A negatív transzperszonális mátrixok feldolgozása, illetve a pozitív mátrixokkal való kapcsolat helyreállítása kedvező hatással van az alany érzelmi, pszichoszomatikus és interperszonális folyamataira. Transzperszonális élményei révén az illető személyiségének új szintjeire nyer betekintést, és felfedezi az emberi létélmény rejtett dimenzióit. Bár a személyes, életrajzi élményanyagon nem kell többé "ásatást" végezni, a korábban felszínre hozott emlékek folyamatosan átértékelődnek, ahogy az alany egyre többet tud meg a transzperszonális világról.

A hétköznapi életnek van egy olyan aspektusa, amely különösen közel áll a pszichedelikus folyamathoz: ez az alany álmélete. A sorozatos LSD-ülésekre épülő pszichoterápiás folyamat során egyértelmű kontinuitás figyelhető meg a szer hatása alatt átélt élmények, az alany álmai és a hipnagóg fázisban zajló mentális folyamatok között. Az LSD-ülést megelőző álmok gyakran előrevetítik annak tartalmát, az ülés utániakban pedig az ülésen átélt élmények köszönnek vissza - különösen, ha fontos gestaltok maradtak nyitva, és nagyobb mennyiségű, erős érzelmi töltéssel rendelkező tudattalan anyag került a felszín közelébe.

Amikor a pszichedelikus folyamat az önletrajzi feltárás fázisában jár, az alany álmaiban jól felismerhetők a freudi pszichoanalízisből ismert dinamikus struktúrák. Az álmok tartalmának nagy része levezethető az alany érzelmi történetéből, és jelentésüket bárki könnyen megfejtetheti, aki tisztában van az álmfejtés alapelveivel. Amikor az LSD-páciensek átlépnek a perinatális szintre, álmaik minősége megváltozik. Ezeknek az álmoknak az elemzését a freudi megközelítéssel már nem tudjuk kielégítően elvégezni. Bár a formális analízis révén találhatunk az önletrajzi anyagban olyan elemeket, amelyek az álmotartalom szempontjából relevánsnak tűnnek, ha az álm értelmezésénél csak ezekre hagyatkozunk, akkor interpretációnk felszínesnek hat, és nincs meggyőző ereje. A perinatális szinten járó alany álmai primordiálisak, elementárisak és érzelmileg igen intenzívek. Tartalmukat tekintve a négy perinatális mátrix témáinak többé-kevésbé közvetlen derivátumaiból épülnek fel. A második perinatális mátrixhoz tartozó álmok szólhatnak börtönben elszünetelt kínzásokról, koncentrációs táborokról, gázkamrákról,

barlangokban, víz alatti átjárókban vagy folyamatosan szűkülő folyosókon, alagutakban és csővezetékben átélt klausztrófób élményekről, egy értelmetlen, papírmásé figurákkal teli világról, bizarr cirkuszi előadásokról, automatákról vagy robotokról. Ezek az álmok sok esetben a "nincs kiút" helyzetet idézik fel valamilyen módon. A harmadik perinatális mátrix hatása alatt az álmokat titáni csaták, elsöprő erejű természeti katasztrófák, gyilkosságok, balesetek, véres mészárlások, nemi erőszak, szadomazochisztikus orgiák, illetve extrém szexuális deviációkkal és perverziókkal teli pornográf képsorok jellemzik - a jeleneteket átlengi a bomlás atmoszférája, és minden elképesztően mocskos. A harmadik mátrix utolsó fázisaiban járó alanyok álmaikban katonai expedíciókon és vadászatokon vesznek részt, vidámparkokban szórakoznak vagy egy ünnepi karnevál színes forgatagában vegyülnek el. A harmadik perinatális mátrixból a negyedikbe történő átlépéskor az alany álmaiban megjelennek az egyéni és tömeges pusztulás szimbólumai: hatalmas tűzvészek, vulkánkitörések, atomháborúk vagy a világ megsemmisülése. A negyedik perinatális mátrix hatása alatti álmokban az alany isteni kinyilatkoztatásokat kap, a sötétség erői felett aratott győzelmét ünnepli, veszélyes helyzetből menekül meg vagy hosszú idő után újra találkozik a szeretteivel. Ha az álomban a mennyei birodalmak látomásai, paradicsomi állapotok, gyönyörű természeti tájak képei vagy óceáni érzések jelentkeznek, az az első perinatális mátrix befolyásáról árulkodik.

Az alábbi leírás remekül szemlélteti, hogy egy LSD-alany álmában miként jelenhet meg a perinatális dinamika. Ennél az esetnél az alany maga vette észre az álom és a születési folyamat közötti kapcsolatot.

Egy vasárnap délután az egész családom összegyűlt egy nagy házban, amely a Csendes-óceán partján, egy víz fölé hajló sziklaszirten állt. A családi összejövetel - mint általában - most is jól alakult, mindenki remekül érezte magát. Egyszer csak észrevettem, hogy odakint nagy vihar készülődik. Hirtelen feltámadt a szél, és az eső olyan erősen kezdte verni az ablakokat, hogy azt hittem, kiesnek a keretükből. Apám ekkor jelentőségteljes hangon megszólalt: "Ez az Ötödik Szél." A következő pillanatban az egész ház recsegve-ropogva elfordult, lecsúszott a szirtről és az alatta háborgó óceánba zuhant. Zuhanás közben ráébredtem, hogy mindannyian menthetetlenül odaveszünk a kataklizmában. Amint ebbe végérvényesen belenyugodtam, felébredtem - mindössze egyetlen pillanattal azelőtt, hogy a ház nekicsapódott volna az óceánnak.

Ébredésem után rendkívül emelkedett hangulatba kerültem. Hamar rájöttem, hogy az álom hasonlóságot mutat azokkal a helyzetekkel, amelyeket korábbi LSD-üléseimen éltem át. Visszaemlékeztem, amikor az LSD hatása alatt saját születésemet éltem újra: ehhez el kellett fogadnom a haláloamat és az egész világ pusztulását, amelyet elementáris erők hajtottak a végső kataklizma felé. Arra is emlékeztem, hogy a fejem - amelyet a szokásosnál jóval nagyobbnak éreztem -, a szoba, az épület, amelyben voltam, sőt az egész világegyetem lenyűgöző és megmagyarázhatatlan módon forogni kezdett a tengelye körül. Ezek az elemek mind megisméltódtak az álomban is. Végül eszembe jutott, hogy amikor a fiam született, a fejét forogva láttam előbújni a szülőcsatornából. Ezek a részletek egyetlen képpé álltak össze, amely szimbolikus alakban az ego halálának minden lényegi aspektusát tartalmazta.

Ha az alany az LSD-folyamatban a transzperszonális szintre lép, az újabb változást hoz az illető áloméletébe. Az álmot alkotó elemekben és képsorozatokban, sőt akár az álom teljes tartalmában is a transzperszonális szint jelenségei nyilvánulhatnak meg. Ezek az álmok már egyáltalán nem értelmezhetők a freudi elméleti modellben, így az erre irányuló törekvés szükségszerűen felületes és pontatlan eredménnyel jár. Az életrajzilag determinált álmokkal szemben a transzperszonális álmokra nem jellemző a torzítás és a sűrítés; minőségüket tekintve olyanok inkább, mint az elmúlt inkarnációs emlékek, az ancesztrális és filogenetikai élmények, az archetipikus entitásokkal való találkozások, az ESP-jelenségek vagy a testen kívüli utazások. Megértésükre és megfelelő interpretálásukra csak akkor nyílik mód, ha felismerjük és tudomásul vesszük sajátos természetüket. Az álomélet és a pszichedelikus élmények közötti szoros kapcsolatot figyelembe véve azt mondhatnánk, hogy az álmokon végzett értelmező munka a pszichedelikus terápia minden változatának szerves részét kéne, hogy alkossa.

Az LSD-pszichoterápia folyamatát eddig olyan páciensek vonatkozásában tárgyaltuk, akik súlyos neurotikus vagy pszichoszomatikus tüneteik miatt pszichiátriai kezelésben részesültek. Mellettük szólnunk kell pár szót azokról az alanyokról is, akik a pszichopatológiai spektrum két legszélső pontján helyezkednek el: a "normális" résztvevőkről, illetve a szkizofrén páciensekről. Azok a viszonylag kiegyensúlyozott személyek, akik az LSD-programban nem súlyos érzelmi problémáik miatt, hanem képzésük részeként vagy intellektuális érdeklődésüktől vezetve vettek részt, lényegében ugyanazt az utat járták be, mint a neurotikus páciensek. Az egyetlen különbség az volt, hogy az alanyok e csoportja sokkal gyorsabban haladt az absztrakt

élményektől a perinatális élményekig vezető úton. Ezek a személyek csak nagyon kevés időt töltöttek az élettrajzi területen, és igen hamar elértek arra a szintre, ahol a halál-újjászületési folyamat zajlik. Bár perinatális üléseiken nekik is részük volt nehezen kezelhető élményekben, ezek rendszerint arra az időszakra korlátozódtak, amelyben a szer hatása tetőzött. Üléseik lecsengő szakasza kellemes hangulatban, esetenként eksztatikus állapotban telt, anélkül, hogy ezt a kísérők bármilyen módon elősegítették volna. Az üléseket követő időszakban rendszerint nem tapasztaltunk semmilyen negatív utóhatást, és ha mégis előfordult ilyesmi, soha nem érte el azt a szintet, hogy problémát okozott volna. Azoknál a személyeknél, akik a szer bevétele előtt viszonylag stabil érzelmi állapotban voltak, soha nem tapasztaltunk pszichotikus összeomlást vagy hosszan tartó reakciókat.

Sajnos nem kezeltünk elegendően nagyszámú pszichotikus beteget ahhoz, hogy a velük kapcsolatos tapasztalatainkból általános következtetéseket vonhassunk le. Kezelésük során mindazonáltal megfigyeltünk néhány érdekes dolgot, amelyek mindenképpen említést érdemelnek. A szkizofrén tüneteket mutató páciensek klinikai állapota a kezdeti ülések után jelentős ingadozásokat mutatott. Bár ezek az ingadozások mélyebbek és drámaibbak voltak azoknál, amelyeket a neurotikus csoportnál láttunk, az LSD-folyamat lefolyása nagyjából ugyanazt a mintát követte. A pszichodinamikus területek feltárása után a szkizofrén betegek klinikai állapota is jelentősen javult. Pszichotikus tüneteik enyhültek vagy teljesen eltűntek, és meglepő éleslátással viszonyultak korábbi nehézségeikhez. Az LSD-ülések lefolyását és az ülések közti időszakokban megfigyelhető tüneteket tekintve hasonló képet mutattak, mint a neurotikusok, és perinatális élményeik is éppoly viharosak voltak.

A fő eltérés a halál-újjászületési folyamat beteljesedése után jelentkezett. Ezen a ponton a szkizofrén pácienseknél kialakult egy jelenség, amelyet leginkább "áttételes pszichózisként" jellemezhetnénk. Újra visszatértek az eredeti pszichotikus tünetek, de a páciens gondolatainak, érzelmeinek és viselkedésének elsődleges tárgyává és célpontjává ezúttal a terapeuta vált. Ezt a jelenséget egy későbbi fejezetben részletesebben is ismertetem, ahol egy jellegzetes klinikai példával is illusztrálom azt (lásd a könyv 143. oldalát). Amikor az LSD-üléseket a páciensek leromlott klinikai állapota és a szünni nem akaró áttételes pszichózis dacára tovább folytattuk, a betegek előbb-utóbb a pszichés integráció és a mentális működés teljesen új szintjére érkeztek. Ha szkizofrén betegekkel folytatunk LSD-terápiát, akkor elengedhetetlenül szükséges egy speciálisan szervezett kezelési osztály, és fel kell készülnünk arra, hogy esetleg több héten át kell dolgoznunk az áttételes pszichózis állapotában lévő beteggel.

Ha a terapeuta az ülések vezetésénél felhasználja az e könyvben ismertetett módszereket, akkor az LSD-terápia lefolyása a fentiekől jócskán eltérő képet mutat. A nagy dózisosok, a szemkötő és a zene használata jelentősen elmélyíti az LSD-élményt. Ilyenkor a tudattalan különböző szintjeinek kibomlása nem ülésről-ülésre, fokozatosan történik, ahogy azt a pszicholitikus módszernél láttuk, hanem a teljes folyamat lejátszódhat egyetlen LSD-ülés alatt is. Egy nagy dózisos LSD-ülés első szakaszában az alany absztrakt élményeket él át: színes, geometrikus alakzatokat lát a belső tapasztalati térben. Ezután az élmény átmegy a pszichodinamikus szintre, ahol az alany érintőlegesen kapcsolatba kerül valamelyik sűrítettélmény-rendszerével, illetve az ahhoz tartozó önélettrajzi elemekkel. Az LSD-ülés csúcspontján az alany a túlélést vagy a testi integritást fenyegető emlékkonstellációk legmélyebb rétegeivel, illetve az alapvető perinatális mátrixok anyagával konfrontálódik. Meglehetősen gyakoriak a fulladás közeli állapotok, sérülések, operációk és veszélyes betegségek emlékei, valamint a halállal való megrázó találkozás élménye. A halál és az újjászületés folyamatának többszöri átélése után az alany stabilizálódhat az első perinatális mátrixban, vagy átléphet a transzperszonális birodalomba, ahol különféle mitológiai jelenetekkel, ancesztrális és filogenetikus emlékekkel, a kollektív tudattalan elemeivel vagy elmúlt inkarnációs jelenségekkel kerül kapcsolatba.

A visszatérés fázisában, amikor a szer hatása kezd alábbhagyni, ismét felmerülhetnek pszichodinamikus epizódok. A mélyebb szinteken szerzett meglátásai nyomán az alany gyakran új szemszögből képes értékelni saját életének körülményeit. Abból, hogy az alany eljutott a transzperszonális szintre, még nem következik, hogy teljesen átdolgozta volna magát a halál-újjászületési folyamaton; ehhez egy teljes sorozat internalizált, nagy dózisos LSD-ülésre van szükség. A pszichedelikus terápia alapelveinek alkalmazásával azonban ez a folyamat is lényegesen kevesebb időt vesz igénybe, mint a pszicholitikus terápiában. Az üléseket elválasztó időszakokban így kevesebb nehézséggel és komplikációval kell megbirkóznunk, különösen, ha az ülések lecsengő szakaszában intenzív tapasztalati munkát végzünk, és aktívan közreműködünk az alany visszatérésének pozitív strukturálásában.

A SZEMÉLYISÉGSTRUKTÚRA, A VILÁGKÉP ÉS AZ ÉRTÉKREND VÁLTOZÁSAI

Ha az LSD-vel végzett kezelést a pszichoterápiás hatékonyság szempontjából vizsgáljuk, felmerülhet a kérdés, hogy a terápia e formájának milyen hosszú távú hatásai vannak az ember személyiségére. Bizonyos körülmények között már egyetlen pszichedelikus élmény is mélyreható és tartós változásokkal járhat. Ha az alany személyiségstruktúrájában benne rejlik egy alapvető pozitív vagy negatív irányú eltolódás lehetősége, akkor az LSD egy hirtelen lezajló, drámai transzformáció katalizátorává válhat. Volt rá példa, hogy egyetlen LSD-élmény gyökeresen átalakította az azt átélő személy világnézetét, életfilozófiáját és életmódját. Láttunk ateistákat, szkeptikusokat és materialista beállítottságú tudósokat, akik LSD-ülésükön mély spirituális megnyíláson és az életüket alapjaiban megrendítő érzelmi felszabaduláson mentek keresztül - ez értékrendjükben és életstílusukban egyaránt radikális változást hozott.

A másik oldalon azokat a kevésbé szerencsés egyéneket találjuk, akiknek a szer olyan mély megrázkódtatást okozott, hogy azt már nem voltak képesek elviselni: életükben az LSD-élmény vált azzá a szikrává, amely végül lángra lobbantotta a bennük lappangó pszichózist. Azoknál az egyéneknél, akik az LSD-vel folytatott önkísérletezést felelőtlenül kezelik, és nincsenek tekintettel a fogyasztás körülményeire, az LSD-használat nyomában súlyos érzelmi zavar alakulhat ki, amely hónapokig, sőt évekig is elhúzódhat. Ha az LSD-vel pszichoterápiás kontextusban, hozzáértő kísérők támogatásával dolgozunk, akkor ilyesmi nem fordulhat elő - feltéve, hogy a jelentkezők közül előre kiszűrjük azokat a személyeket, akik a pszichózis határát súroló érzelmi problémában szenvednek. Ezeknél a betegeknél csak abban az esetben vállalkozunk LSD-terápiára, ha a terápiás csapattal együtt hajlandóak és képesek vagyunk rá, hogy kezeljük a szer által aktivált problémákat, és a folyamatot el tudjuk juttatni annak megfelelő lezárásáig. A könyvnek ebben a részében azokra az átalakulásokra összpontosítunk, amelyek a korábban ismertetett alapelvek mentén végzett, szisztematikus LSD-pszichoterápiát kísérik.

Bár a pszichedelikus transzformáció folyamatának számos egyéni jellemzője van, körvonalazható néhány jellegzetes trend, amelyek többé-kevésbé állandóak és előrejelezhetőek. Az LSD-pszichoterápia freudi stádiumában, amely az önéletrajzi anyag feltárására irányul, az alanyok gyakran érzik úgy, hogy életük egyes területein nem viselkednek eléggé "autentikusan". A különféle személyekre és élethelyzetekre adott érzelmi reakcióikat, valamint a rájuk jellemző viselkedésmintákat egyszerűen vak és mechanikus, robotszerű folyamatoknak látják, amelyeket a gyermekkorukban rögzült pszichés fixációk irányítanak. A múlt traumáinak feldolgozása révén az LSD-alanyok megszabadulnak azoktól az észlelési mintáktól, inadekvát érzelmi reakcióktól, merev értékrendektől, irracionális attitűdöktől és alkalmatlan viselkedésformáktól, amelyeket a gyermekkorban beléjük ivódott programok hoztak létre. Ezzel együtt enyhülnek az alany pszichopatológiai tünetei, és az illető megoldást találhat néhány régóta húzóódó, kisebb fajsúlyú problémára. Mivel a páciensek élettörténete nagy egyéni változatosságot mutat, a pszichodinamikus szinten végbemenő változások igen sokfélék lehetnek.

A perinatális élmények ennél jóval alapvetőbb és egységesebb hatással vannak az LSD-alanyokra. Az emberi létélmény mélységeiben való elmerülést kísérő meglátások drasztikusan megváltoztathatják, hogy az alany miként érzékeli önmagát és az őt körülvevő valóságot. E folyamat során többen rájönnek, hogy az "inautentikusság", amelyet korábban észleltek, messze túlmutat a személyes történetükből levezethető részleges torzulásokon vagy a szexuális partnerekkel kapcsolatos nehézségeiken. Felismerik, hogy a létezésről alkotott elképzelésüket, illetve az élethez való hozzáállásukat a kezdetektől fogva beárnyékolta a haláltól való mély, öntudatlan rettegés. E felismerés nyomán több dolog, amelyet korábban az élet természetes és elidegeníthetetlen velejárójának tartottak, hirtelen új megvilágításba kerül: az ember erős bizonyítási vágya, állandó elégedetlensége, az az érzése, hogy valami hiányzik, hogy a világ nincs rendben, a túlzott ambíciók, a versengés, a stressz, a krónikus időhiány, vagy az, ahogyan az egész társadalom körbe-körbe rohan a "mókuskerekben". Ráébrednek, hogy ezekben a jelenségekben a tudatküszöb alatt rejtőző perinatális energiák hatása érvényesül. Az az ember, aki a perinatális energiák bűvkörében él, pszichológiai értelemben még mindig a megszületéséért küzd. Ezt a küzdelmet paradox érzések kísérik: egyrészt az illető úgy érzi, hogy még nem született meg, másrészt attól retteg, hogy meg fog halni. A perinatális energiák behatása alatt álló személy életében még az egészen triviális helyzetek is a születési folyamat szimbolikus megfelelőivé válhatnak, és az alany ennek megfelelő relevanciát tulajdoníthat nekik. A biológiai születés körülményei ez esetben meghatározzák, hogy az illető milyen stratégiát választ a hétköznapi élet problémáinak, feladatainak és helyzeteinek kezelésére.

Az alany, miután a perinatális folyamaton végighaladva temérdek fizikai feszültségtől és negatív érzelemtől szabadult meg, végül kapcsolatba kerül az első és a negyedik perinatális mátrix egyesített

állapotaival. E kapcsolat helyreállítása az esetek nagy részében alapvető változást hoz az alany életében. Sokkal mélyebben el tud lazulni - mind fizikálisan, mind érzelmileg -, mint azelőtt, és megtanulja értékelni az élet hétköznapi oldalát. A komplikált világi tervek megvalósítása helyett elmerül a létezés egyszerűségében, megtanul odafigyelni a saját fiziológiai folyamataiban rejlő örömökre, és tisztelet ébred benne az élet milliárdnyi megnyilvánulása iránt. A források, amelyekből elégedettségét meríti, korábban is rendelkezésére álltak, de akkor még egyáltalán nem, vagy csak futólag vett róluk tudomást. Az életfolyamatban való száz százalékos részvétel fontosabbá válik számára, mint a jövőre irányuló vágyak beteljesítése. Megérti, hogy a létélmény minősége jóval fontosabb, mint az, hogy valakinek mennyi vagyona van vagy milyen eredményeket ér el. A magányt és az elidegenedést felváltja az együvé tartozás élménye: az alany úgy érzi, ő is részesévé vált az élet mindent felölelő folyamatának. Ezzel együtt határozott eltolódás figyelhető meg az alany szociális magatartásában: az addigi versengő attitűd helyére kooperatív viselkedési minták lépnek. Az önző, versengő megközelítést az alany ekkor már szűk látókörűnek, alacsonyabb rendűnek és végső soron önpusztítóknak tartja; az új ideállá a közös munka válik, amelyben minden résztvevő jól jár. Ezt a szemléletet az alany az élet minden szintjén követendőnek tartja: az intim kapcsolatokban, a munkahelyen, a nagyobb társadalmi egységekben és az egész emberiség vonatkozásában.

Azt a mind egyéni, mind társadalmi léptékben régóta fennálló hiedelmet, miszerint "a több egyben jobb is", az alany veszélyes téveszmének ítéli, és elutasítja. A Nyugatra jellemző hozzáállást, amely a tartalmas életet a pazarló fogyasztással azonosítja, egy új létszemlélet váltja fel: az ember önként vállalja az egyszerűséget, és fogyasztása minimalizálása mellett az életminőség maximalizálására törekszik. Az új, holisztikus világnézet implicit módon tartalmazza a megnövekedett ökológiai érzékenységet, és annak igényét, hogy az ember harmóniában éljen a természettel. Ebből a szemszögből nézve a mások irányítására és manipulálására való törekvés a negatív perinatális mátrixok hatásának tulajdonítható, és háttérben az anyai szervezettel való tusakodás emlékei állnak. Az emberekhez és a természeti környezethez való holisztikus és kooperatív hozzáállás ezzel szemben a pozitív perinatális mátrixokra épül, amelyek alapja az anyai szervezettel fennálló, kölcsönösen kielégítő kapcsolat.

A pszichedelikus transzformáció másik lényeges aspektusa, hogy az alanyban intenzív érdeklődés támad a tudatosság, az önkutatás és a spirituális megvalósítás kérdései iránt. Az illető misztikus hagyományok és ősi spirituális rendszerek tanulmányozásában mélyed el, jógára jár, meditációs gyakorlatokat végez, lenyűgözi őt a mitológia és a vallásos művészet. Ezzel együtt egy új, transzcendentális etika térnyerése figyelhető meg, amely jellegét tekintve egybevág Maslow meta-értékekről és meta-motivációkról alkotott elképzeléseivel. Az egyén egy olyan univerzális értékrendhez fér hozzá, amely nem vezethető le sem személyes élettörténetéből, sem annak a kultúrának a normarendszeréből, amelyben nevelkedett. Ez az értékrend olyan mélységű együttérzést, toleranciát, igazságérzetet és esztétikumot közvetít, amely transzperszonális, sőt kozmikus minőséggel bír. A halál-újjaszületési folyamat sikeres beteljesítése tehát egy örömtelibb, izgalmasabb és minden szempontból kielégítőbb létezési módot eredményez: az ember úgy érzi, tartozik valahová, az élete értelmet nyer, megtalálja kapcsolatát a spiritualitással, és felfedezi az embertársaival való együttműködésben rejlő lehetőségeket.

A perinatális folyamat sikeres beteljesítésével járó átalakulás - bár jelentősen kitágítja az alany fogalmi rendszerét - nem kérdőjelezi meg a newtoni-karteziánus világnézet filozófiai alapjait. Az alany továbbra is úgy tekint a világra, mint egy objektíve létező, materiális dologra. A tér, amelyben a dolgok megjelennek, továbbra is háromdimenziós, az idő lineárisan telik, és az események egymásra következését a kauzalitás törvénye irányítja, még akkor is, ha az ok-okozati láncolat messze átnyúlik a transzperszonális birodalomba. Amikor az alany a transzperszonális szinten intrauterin, faji vagy filogenetikus emlékeket él át, a DNS metafizikájába nyer betekintést, archetipikus dinamikák részesévé válik, vagy megismerkedik a karma törvényével, akkor ezek az élmények arra kényszerítik, hogy újragondolja saját elméleti modelljeit. Ennek ellenére egy tudományosan képzett egyén ezen a ponton még mindig elfogadja a világ tudatra és anyagra való karteziánus felosztását, és LSD-élményeit a központi idegrendszer anyagi szubsztrátumaira próbálja visszavezetni.

A pszichedelikus folyamat további mélyülésével azonban az alany előbb-utóbb olyan meglátásokra tesz szert, amelyek filozófiailag tarthatatlanná teszik a newtoni-karteziánus világnézet több elképzelését. Az alany olyan sokszor, és oly sokféle módon éli át, hogy az anyag, az idő, a tér és a lineáris kauzalitás korlátai meghaladhatók, hogy ezeket a felismeréseket nem tudja többé figyelmen kívül hagyni. A hétköznapi élet vonatkozásában az illető még mindig anyagban, lineáris időben és kauzalitásban gondolkodhat, ám a létezésről alkotott filozófiai elképzelései kezdik megközelíteni a kasmír saivismus, a taoizmus, a tantrikus buddhizmus vagy a modern fizika világfelfogását. Az univerzum, amelyet azelőtt egy anyagi objektumokból

álló gigászi halmaznak gondolt, most a tudatosság végtelen párhuzamos világban zajló kalandjává alakul át. Új, holonomikus megközelítése által az alany képes meghaladni a rész és az egész, a tapasztaló és a tapasztalt, a determinizmus és a szabad akarat, a forma és az üresség, sőt még a létezés és a nem-létezés kettősségét is.

Mivel az e könyvben közreadott információ nagy része a klinikai gyakorlatból származik, szólnunk kell pár szót arról is, hogy a fent leírt transzformációs folyamat miként érinti az érzelmi zavarokról és a pszichoterápiás kezelési eljárásról alkotott elképzeléseinket. Amíg a pszichedelikus önkutatás folyamata kizárólag az önéletrajzi területekre korlátozódik, addig az LSD-terápia nem sokban különbözik a hagyományos terápiás eljárásoktól. A perinatális szintre való átlépéssel azonban a folyamat minőségi változáson megy át, és egy beavatási rítushoz vagy spirituális átalakuláshoz válik hasonlatossá. Bár az ülés alanya továbbra is az érzelmi, pszichoszomatikus és interperszonális problémáin dolgozik, a hangsúly egyre inkább a filozófiai és spirituális megismerésre tevődik át. A pszichedelikus folyamatnak gyógyító hatása van a betegre: korábbi tünetei eltűnnek, hétköznapi problémái megoldódnak - egyesek már a pszichodinamikus szinten, mások a halál-újjászületési folyamat során, megint mások a transzperszonális szinten átélt élmények következtében. Az LSD-eljárás azonban számos új problémát is felszínre hoz, és ezekkel kivétel nélkül mindenkinek szembe kell néznie. Az LSD-kezelés során ne legyenek maximalista és irreális elvárásaink, ne akarjuk az alany minden negatív tudattartalmát felszámolni. Ehelyett elégedjünk meg az egyes LSD-ülések megfelelő integrálásával.

A pszichedelikus megközelítésnek van néhány aspektusa, amely messze túlmutat a pusztán tüneti kezelésen. Az LSD-élmények - intenzitásuknál és grandiozitásuknál fogva - az alany számára újradefiniálják, hogy az életben mi minősül "nehézségnek", és jelentősen megnövelik az illető tűrőképességét. Azt a korábbi, erősen leegyszerűsítő hozzáállást, amelynek jegyében az alany minden nehézség kiküszöbölésére, és egy problémamentes, utópikus világ létrehozására törekedett, felváltja a "transzcendentális realizmus", amely a világ fényes és sötét oldalát egyformán szükségesnek, a dinamikus egység két, egymástól elválaszthatatlan pólusának tartja. Ebből a szemszögből nézve értelmetlen lenne arra törekedni, hogy az életből kiküszöböljük a negatív elemeket. Ehelyett olyan attitűdöt kell kialakítani, amely tudomásul veszi a kozmikus dialektika komplex játékát, és az univerzum egészére tud igent mondani. E felfogás következtében az életfolyamat számos, korábban negatívnak tűnő aspektusához az alany új nézőpontból tud közelíteni, ami elveszi e jelenségek negatív élet, és még érdekessé is teheti azokat. Az univerzummal való végső megbékélés - ami nem feltétlenül a *status quo*-val, inkább az állandó fejlődésben lévő kozmikus folyamattal való megbékélést jelenti - annak a belátásnak köszönhető, hogy a létezés egésze egy összefüggő mezőt vagy hálózatot alkot, amely élményeinken keresztül mindannyiunkkal közvetlen, élő kapcsolatban van. Egy tapasztalt LSD-alany szemében mindnyájan annak a princípiumnak a megnyilvánulásai vagyunk, amely ezt az univerzumot a maga végtelen komplexitásában az életbe lehelte, és annak folyamatait az irányítása alatt tartja.

JEGYZETEK

1. A világegyetem és az emberi agy *holonomikus modelljét* David Bohm fizikus (13) és Karl Pribram agykutató (81, 82) dolgozták ki. Ez a forradalmian új paradigma lehetőséget ad rá, hogy egyetlen elméletben egyesítsünk olyan, látszólag távol eső területeket, mint a miszticizmus, a modern tudat kutatás, a parapszichológia, a neurofiziológia vagy a kvantum-relativisztikus fizika. Modelljük révén kapcsolatot találunk a rész és az egész, a különálló objektumok és a határok nélküli teljesség között. Az elmélet emellett új megvilágításba helyezi a jelenségvilág térbeli és temporális sajátosságait is. Mivel a holonomikus modell az emberi tudat átfogó elméletében is fontos szerepet kap, a könyvsorozat következő kötetében részletesebben is foglalkozom vele.
2. Dr. Rick Tarnas (99), aki egy időben a spirituális fejlődés folyamata és a főbb bolygók tranzitjai közti kapcsolatok kutatásával foglalkozott, felhívta rá a figyelmemet, hogy a Neptun, a Szaturnusz, a Plútó és az Uránusz bolygók archetipikus jegyei feltűnő hasonlóságot mutatnak a négy perinatális mátrix jellemzőivel.
3. A pszichoterápia különféle iskoláinak és a tudattalan egyes szintjeinek megfeleltetésével találkozhatunk Ken Wilber (103) spektrum-pszichológiájában is.
4. Ezt az epizódot részletesen ismertettem *Az emberi tudattalan birodalma* c. könyvemben. (32)
5. Az emlékkonstelláció leírását lásd *Az emberi tudattalan birodalma* c. könyvemben. (32)

7 AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA INDIKÁCIÓI, TERÁPIÁS POTENCIÁLJA ÉS KLINIKAI EREDMÉNYEI

A klinikai eredmények értékelésének nehézségei
Depresszió, neurózis, pszichoszomatikus tünetek
Alkoholizmus, drogfüggőség, karakterzavar, szexuális deviáció
Borderline személyiségzavar, endogén pszichózis
A haldoklók lelki és fizikai fájdalmai

A KLINIKAI EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSÉNEK NEHÉZSÉGEI

Ha elmerülünk az LSD-ről szóló szakirodalom tanulmányozásában, akkor azt látjuk, hogy a téma kutatói igen eltérő véleményt fogalmaztak meg a szerrel támogatott pszichoterápia potenciálját és hatékonyságát illetően. A szer klinikai jelentőségét tárgyaló írások három, egymástól jól elkülönülő csoportba oszthatók. Az első csoportba tartozó publikációk szerzői az LSD segítségével viszonylag rövid idő alatt rendkívüli terápiás eredményeket értek el, és ennek kapcsán olyan érzelmi zavarokat is sikerült kezelniük, amelyek a hagyományos eljárásokra rendszerint nem reagálnak. Ezekben a beszámolóknak azt olvashatjuk, hogy a szerzők kimagasló sikerrel kezeltek idült alkoholistákat, heroinfüggőket, súlyos karakterzavarban szenvedő pácienseket, visszaeső bűnözőket vagy rákban haldokló betegeket. Az LSD-terápiával foglalkozó cikkek második csoportját azok a jelentések alkotják, amelyek lényegében negatív eredményről adnak számot; ezek szerzői többnyire az első csoportba tartozó cikkek állításait is kétségbe vonják. Végül a harmadik csoportba azok a cikkek tartoznak, amelyek az LSD-vel folytatott nem terápiás célú önkísérletezés negatív utóhatásait tárgyalják. Mint látható, e cikkek alapján meglehetősen ellentmondásos képet kapunk az LSD-ről: egyes szerzők a pszichogén zavarok terápiás csodaszerének, mások veszélyes, pszichózist kiváltó méregnek tartották. Ha kizárólag a szakirodalomra hagyatkozunk, nem könnyű felmérni, milyen lehetőségek rejlenek az LSD klinikai felhasználásában.

Az LSD-kezelés terápiás potenciálját illetően nehéz objektív álláspontra jutni. Az ezzel kapcsolatos problémák közül némelyek általános jellegűek, és az LSD-terápia mellett a többi pszichoterápiás eljárás megítélését is nehezítik. Máig nyitott kérdés például, hogy a különféle pszichoterápiás eljárások eredményeinek számszerűsítésére használt mérőeszközeink mennyire pontosak és megbízhatóak. A témával foglalkozó kutatók még a tekintetben sem értenek egyet, hogy melyek a terápiás változás fő indikátorai. Azok a szerzők, akik munkájuk céljának a tünetmentesség elérését tekintik, rendszerint azt tartják a terápiás haladás fő kritériumának, hogy a kezelés mennyire tudta enyhíteni a páciens érzelmi és pszichoszomatikus zavarait. A dinamikusabb orientált kutatók ezzel szemben azt látják lényegesnek, hogy a páciens milyen hatékonysággal képes kezelni a mindennapi élet során adódó konfliktusokat és problémákat, illetve milyen minőségűek az interperszonális kapcsolatai. Más szerzők az objektívebb, ám kevésbé konkrét mutatókat emelik ki, ilyenek például a különféle pszichofiziológiai és biokémiai paraméterekben kimutatható változások. A kérdést tovább bonyolítják azok a mutatók, amelyek a korunk társadalmi értékeinek való megfelelést vizsgálják, például az alany jövedelmi szintjét, szakmai sikerességét vagy társadalmi szerepvállalását. A pszichoterápia eredményességének megítélése körüli nehézséget jól példázza Hans Eysenck és követőinek álláspontja, akik úgy vélik, semmilyen tudományos bizonyítékunk sincs arra vonatkozóan, hogy a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia - annak bármilyen formájában - eredményes lenne. (25)

Az LSD-pszichoterápia kiértékelésénél az eddig említettek mellett további, speciális problémákkal is találkozunk. Az LSD-terápia nem intézhető el annyival, hogy beadunk a betegnek egy erőteljes pszichoaktív szert: ez az eljárás komplex folyamat, amelynek lefolyása és kimenetele elsősorban a szertől független külső tényezőkön múlik. A terapeuta személyiségét, az általa használt terápiás megközelítést, valamint a setből és a settingből adódó tényezőket ennél a terápiás modalitásnál a kezelési eljárás szerves részeként kell felfognunk. Az LSD-terápiát a múltban sok szerző tekintette egyszerű kemoterápiás eljárásnak, és úgy vélte, a kívánt eredmények eléréséhez elegendő, ha a szert a páciensnek beadjuk. Más kutatók többé-kevésbé tudatában voltak a folyamat komplexitásának, és megértették, mennyire fontos, hogy a betegeket LSD-ülésük előtt, alatt és után pszichoterápiával támogassuk. Sajnos az LSD-terápia eredményeit ismertető

klinikai beszámolóik zöme nem részletezi eléggé, hogy a betegek az eljárás során milyen mélységű és minőségű pszichoterápiás kezelésben részesültek. Ha az LSD használatával elérhető terápiás eredményről kívánunk beszélni, mindig szem előtt kell tartanunk, hogy ez a szer végső soron semmi mást nem tesz, mint felszínre hozza és láthatóvá teszi a tudattalanban megbúvó tartalmakat. A terápia sikere vagy kudarca tehát nem a szertől függ, hanem attól, miként sikerül az általa felszínre hozott anyagot kezelni és integrálni.

Ennél a kezelési eljárásnál a terapeuta tudatállapota és tudatszintje fontos szerepet játszik. A terapeuta csak akkor számíthat sikerre, ha nincs olyan élmény vagy érzelmi megnyilvánulás, amely kihozná őt a sodrából. Az ideális terapeuta mindvégig megőrzi hidegvérét, és minden pszichedelikus jelenséghez ugyanazzal a nyitottsággal, toleranciával és engedékenységgel viszonyul. A terapeuta pszichedelikus folyamatban játszott szerepe annyira alapvető, hogy az LSD-terápiás eljárások hatékonyságvizsgálata is csak ennek figyelembe vételével végezhető el. Az LSD-pszichoterápiában fontos követelmény, hogy a terapeuta speciális képzést kapjon, amelynek ki kell terjednie a teljes körű pszichedelikus sajátélmény megszerzésére is. Ennek hiányában a terapeuta igen nehezen tudná értékelni, tolerálni és facilitálni a perinatális és transzperszonális szintekre jellemző szokatlan, ám terápiás szempontból igen értékes élményeket.

A pszichedelikus terápia eredményeinek értékelését az is nehezíti, hogy a betegek klinikai javulása gyakran jár együtt az életstratégia, a filozófiai-tudományos meggyőződés és az egyéni értékrend gyökeres átalakulásával. A súlyos pszichopatológiai tünetek enyhülésével párhuzamosan az alany elveszítheti érdeklődését a hatalom, a társadalmi státusz vagy a ranglétrán való előrejutás iránt. Az addigi versengő attitűdöt és az elérés vágyát egy olyan létezési mód válthatja fel, amelyben az alany a lehető legkisebb energiabefektetés mellett az elérhető legjobb életminőségre törekszik. A korábban pragmatikus és materialista beállítottságú egyének tisztelettel vegyes érdeklődéssel fordulhatnak a létezés spirituális oldala felé. A mély pszichedelikus élményen átesett emberek többé nem próbálják irányítani vagy dominálni embertársaikat, ehelyett együttműködésre törekszenek, és ökológiai érzékenységről tesznek tanúbizonyságot. Azok a pszichiáterek, akik a Nyugaton uralkodó, anyagi célok elérésére és versengésre épülő értékrendet természetesnek, egészségesnek és végső fokon kötelező érvényűnek tekintik, a fenti változásokat akár pszichopatológiás deviációkként is értelmezhetik, és a kezdeményezőkézség hiányáról, a szociálisan értékes célok iránti érzéketlenségről, sőt akár pszichotikus téveszmerendszer kiépüléséről is beszélhetnek. Ezt a hozzáállást jól példázza az az epizód, amelyre 1968-ban, a Harvard Orvosi Iskolában tartott előadásomon került sor. Az előadáson arról számoltam be, hogy az LSD-pszichoterápia révén rendkívüli klinikai javulást értem el több páciensemnél, akik üléseik során keresztülmentek a halál és az újjászületés, az univerzummal való eggyé válás és különféle transzperszonális folyamatok élményein. Az előadást követő beszélgetés során az egyik résztvevő abbéli véleményének adott hangot, hogy pácienseim állapota a kezelés hatására nem javult, hanem rosszabbodott. Az a tény, hogy érdeklődni kezdtek a spiritualitás iránt, komolyan elgondolkodtak a reinkarnáció létezésének lehetőségén, jógázni kezdtek és meditációs gyakorlatot folytattak, szerinte egyértelmű bizonyítéka volt annak, hogy korábbi neurózisuk hirtelen pszichózisba fordult.

Az azóta eltelt tíz évben sokat változott a világ. A nyugati civilizáció értékrendjéből fakadó korlátok és veszélyek ma jóval szembetűnőbbek, mint akkoriban voltak. Számptalan forrásból hallhatunk a korlátlan ipari növekedés tarthatatlanságáról, a versengésre épülő politika és a technokrata világszemlélet ártalmairól vagy a Földünket fenyegető természeti katasztrófáról, amelynek árnyékában egyre több ember válik nyitottá az ökológiai gondolkodásra. Ezzel együtt változnak a józanság kritériumai is: Abraham Maslow követői mellett egyre több humanisztikus és transzperszonális pszichológus vallja, hogy az univerzummal való egység érzése és a misztikus élmény nem szükségszerűen pszichopatológiás jelenség. Ezekre az átélésekre teljesen egészséges ember életében is sor kerülhet, és ennek nagy szerepe lehet az egyén önmegvalósításában. Egyre több felelős és iskolázott ember érez magában vonzódást a keleti tanítások és spirituális rendszerek iránt; ezeket az embereket már némiképp túlzás lenne szkizofrénnak minősíteni. A pszichológia és a pszichiátria viszonylag új keletű transzperszonális irányzatai, amelyek a spiritualitást és a miszticizmust a modern lelki tudományokkal próbálják egységbe ötvözni, egyre ismertebbeké válnak a szakemberek körében.

Napjainkban egyre több elméleti fizikus jut arra a következtetésre, hogy a misztikusok világképe jól összeegyeztethető a modern kori tudomány, különösképpen a relativitáselmélet és a kvantumfizika filozófiai implikációival.¹ Ha ez a trend tovább folytatódik, nemsokára azokat fogják maradisággal vádolni, akik nem hajlandók fontolóra venni a misztikusok állításait. Jelenleg azonban nem így áll a helyzet: a pszichológia és a pszichiátria fősodrába tartozó irányzatok elmélete és gyakorlata egyaránt a newtoni mechanisztikus világképre, a tudat és az anyag karteziánus felosztására épül. A társadalmat alkotó személyek józanságának megítélésénél ma még fontos szempont, hogy az illetők perceptuálisan és kognitíve mennyire illeszkednek a

newtoni-kartezianus világgéphez, illetve milyen mértékben képviselik a nyugati világ jelenlegi értékrendjét. A pszichedelikus terápia eredményeinek értékelésénél ezt a tényt sem szabad figyelmen kívül hagyni.

Az eddig ismertetett problémákra való tekintettel az LSD-pszichoterápiában rejlő lehetőségeket e fejezetben nem a téma klinikai szakirodalmának áttekintésével, hanem saját szubjektív nézőpontomból világítom meg. Bár alkalmanként hivatkozom mások munkáira, a fejezet hátralevő részének állításai főként az e kötetben közreadott terápiás filozófia és kezelési eljárás kontextusában értelmezendők.

Általában nézve az LSD-terápia olyan esetekben indikált, amelyekben a tünetek nem szervi, hanem pszichés okokra vezethetők vissza, azaz kialakulásuk a legáltalánosabb értelemben vett tanulás eredménye. Ezzel nem szükségképpen zárjuk ki azokat a betegségeket, amelyeket nyilvánvaló fizikai tünetek kísérnek; a döntő szempont minden esetben az, hogy a betegség kifejlődésében mekkora szerepet játszottak a pszichogén tényezők. A pszichedelikus terápia indikációinak ez a meghatározása meglehetősen tág, és jókora teret hagy a terápiás kísérletezés számára. Hogy egy adott betegséget éppen pszichogénnek vagy szomatogénnek tekintünk-e, az az orvostudomány általános fejlettségétől, valamint az illető betegséggel kapcsolatos ismereteink mélységétől függ. Mivel a különféle rendellenességek természetére és kialakulására vonatkozó vélemények igen szerteágazóak, sokszor a klinikus filozófiai álláspontja dönti el, hogy egy adott problémát funkcionális vagy organikus eredetűnek tekint-e.

Ettől függetlenül vannak olyan kórképek, amelyek eredetéről széles körű egyetértés uralkodik. A különféle pszichoneurózisok, köztük a szorongások, a konverziós hisztéria vagy a kényszerbetegség kifejlődésében nyilvánvalóan nagy szerepet játszanak a pszichológiai tényezők. A pszichogén faktor jelenléte hasonlóképpen evidens a karakterzavarok, az alkoholizmus, a drogfüggőség vagy a különféle szexuális diszfunkciók és deviációk eseteiben. Az orvostudomány a bronchiális asztmát, a gyomorfekélyt, a pikkelysömört, és a fekélyes colitist szintúgy pszichoszomatikus eredetűnek tartja. Ami a depressziót, a borderline pszichotikus állapotot és az endogén pszichózisokat, köztük a szkizofréniát vagy a mániás depressziót illeti, itt már erősen megoszlanak a vélemények. Végül vannak olyan betegségek, amelyekről csak nagyon kevés kutató feltételezi, hogy kialakulásukban pszichológiai tényezők játszhatnak szerepet; ilyenek például a daganatos vagy a kollagén betegségek.

Az alany LSD-re adott reakciójából sokszor egyértelműen megállapítható, hogy a betegség szervi, avagy pszichés okokra vezethető-e vissza. Egy-két, tájékozódási céllal lefolytatott pszichedelikus ülés rendszerint mind a kliens, mind a terapeuta számára egyértelművé teszi, hogy a betegségnek van-e lényegesebb pszichológiai komponense. Az LSD hatása alatt többnyire felerősödnek a pszichogén eredetű érzelmi és fizikai tünetek, a pszichedelikus élmények jellegéből pedig ráérezhetünk a beteg problémájának pszichodinamikus, perinatális és transzperszonális gyökereire. Az első néhány ülés után a páciens többnyire világosan látja, hogy a pszichedelikus eljárás alkalmas-e a betegség gyógyítására. Mint azt korábban már említettem, az LSD révén detektálhatók és felszínre hozhatók a tudattalanban megbúvó, intenzív érzelmi töltést hordozó dinamikus struktúrák, így az alany analizálhatja és feldolgozhatja azokat.

Bár az LSD-pszichoterápia módszere az érzelmi és pszichoszomatikus rendellenességek széles skálájánál alkalmazható, ne gondoljuk, hogy ezzel az eljárással minden gondot egy csapásra megoldhatunk. A pszichedelikus kezelés egy rendkívül igényes és specializált folyamat, amelynek megfelelő lefolytatásához a terapeutának szigorú követelményeket támasztó szakképzésen kell átesnie. A kezelés nem megy mindig simán, és a várt siker néha elmarad. Egyes páciensek gyógyításához nagyszámú ülésre van szükség; ilyen esetekben a terápiás haladás lassú és fájdalmas. Máig tisztázatlan okokból úgy tűnik, hogy a súlyosan zavart egyéneknek van egy kisebb csoportja, akik az LSD-kezeléstől csak nagyon korlátozott terápiás hasznot remélhetnek, annak ellenére, hogy nagyszámú ülésen vesznek részt, és a folyamatba rengeteg energiát fektetnek. Más betegeknél az LSD-folyamat nemcsak a szer farmakológiai hatásának idejére korlátozódik, hanem kiterjed az üléseket elválasztó időszakokra is, ami mind a beteg, mint a terapeuta dolgát megnehezíti, és akár veszélyesnek is bizonyulhat.

Azokat a klinikai állapotokat, amelyeknél az LSD-pszichoterápia alkalmazása az eddigi eredmények alapján indokolt lehet, négy fő csoportba oszthatjuk: 1) depresszió, neurózis és pszichoszomatikus tünetek; 2) alkoholizmus, drogfüggőség, karakterzavar és szexuális deviáció; 3) borderline állapot és endogén pszichózis; 4) haldoklók - különösen a daganatos betegek - érzelmi és fizikai fájdalmai.

DEPRESSZIÓ, NEURÓZIS, PSZICHOSZOMATIKUS TÜNETEK

A pszichedelikus terápia vonatkozásában általános szabály, hogy minél kisebb súlyú a kezelni kívánt klinikai probléma, annál gyorsabb és drámaibb eredményre számíthatunk, és annál biztonságosabb a kezelési eljárás. Az LSD-pszichoterápia legideálisabb alanyai azok a betegek, akik jó intellektuális képességekkel vannak megáldva, interperszonálisan és hivatásukban megfelelően funkcionálnak, de hiányzik belőlük az életkedv és nem látják életük értelmét. Ezek a személyek a közösség szemében rendkívül sikeresnek tűnhetnek, ám saját maguk képtelenek rá, hogy eredményeikben örömet találjanak. A tünetek e csoportjának Victor Frankl a noogén depresszió nevet adta. Ezt a helyzetet gyakran egyetlen nagy dózisu LSD-üléssel drámai módon megváltoztathatjuk. Pár óra leforgása alatt nyom nélkül eltüntethető a világ negatív aspektusaira való kihegyezettség és az alapjaiban pesszimista életfelfogás. Egy sikeresen integrált ülést követően a korábban szinte depressziósnak ható alanyok emelkedett hangulatban, a létezés örömétől áthatva, önmagukat elfogadva, megnövekedett önbizalommal és az emberi kapcsolatokra való nyitottsággal távoznak az élmény helyszínéről. Belső életük gazdagodik, fogékonyabbá válnak, és jobban tudják értékelni a természet vagy a művészeti alkotások szépségét. A pszichedelikus üléseken szerzett meglátásaikat sokan a hivatásukban is kamatoztatni tudják.

A depresszió különböző változatai szintén jól reagálnak az LSD-pszichoterápiára. A psziché betegségei közül a depresszió az, amely a leginkább hajlamos a változásra: még ha nem kezeljük, akkor is jelentős fluktuációt mutat. A pszichedelikus ülések a depressziót két módon befolyásolhatják, és fontos, hogy ezek között különbséget tegyünk. Egy megfelelően lezárt és integrált LSD-üléssel teljesen elmulaszthatjuk a klinikai depressziót, néha még úgy is, ha az rendkívül mély, és hónapok óta fennáll. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az alany végérvényesen kigyógyult betegségéből: különféle pszichológiai és fiziológiai okok következtében megtörténhet, hogy a páciens egy későbbi időpontban visszaesik.

E folyamat működését az LSD ún. periodikus depresszióra gyakorolt hatásával illusztrálhatjuk. Az ilyen jellegű depresszióban szenvedő pácienseknél a betegség meglehetősen szigorú menetrendet követ: a tünetek mindig az év ugyanazon időszakában bukkannak fel, és mindig ugyanannyi ideig tartanak. Egy LSD-ülés képes rá, hogy félbeszakítsa a betegség aktív periódusát, amely a szokásos időrend szerint még hetekig vagy hónapokig húzódott volna. Ez azonban az esetek többségében nem változtat a depresszió általános mintáján: a következő epizód a szokásos időpontban ismét jelentkezhet, és ugyanannyi ideig tarthat, mint általában szokott. A depresszió mögött rejlő komplex dinamikus struktúrát és a betegség általános mintáját csak az LSD-ülések sorozatán át végzett szisztematikus munkával változtathatjuk meg.

Bár a neurotikus rendellenességek nagy része jól reagál az LSD-pszichoterápiára, ezeknél a betegségeknél sem várhatunk varázslatos, egyetlen éjszaka leforgása alatt végbemenő gyógyulást. A különféle pszichoneurózisok gyógyításához hosszú időt igénylő pszichedelikus munkára van szükség. A legtöbb szerző egyetért abban, hogy a legjobb prognózissal azok az esetek rendelkeznek, amelyekben fontos szerepet kap a szorongás és a depresszió. Jól reagálnak a pszichedelikus kezelésre azok a pszichiátriai betegek, akik tárgy-nélküli szorongásban vagy szorongásos neurózisban szenvednek, továbbá akiknél a szorongás valamilyen fóbiában jut kifejeződésre. A konverziós hisztéria kezelése már komolyabb nehézséggel jár, de LSD-terápia révén gyakran ezt a betegséget is gyógyítani lehet. A hagyományos pszichoanalízisben a szorongásos zavar és a konverziós hisztéria kezelése speciális problémát vet fel az áttétel és a viszont-áttétel terén, ez a pszichedelikus terápiában sincs másképp. A monoszimptomatikus neurózisok kezelése nem szükségképpen könnyebb, mint azoké, amelyek gazdag, sokrétű és komplikált klinikai képet mutatnak. Gyakori, hogy egyetlen makacs tünet a páciens tudattalanjának különböző területeiről és szintjeiről származó problémákat sűrít egybe, és ennek folytán annyira alapvetővé válik, hogy a feloldásához nagyszámú LSD-ülésre lehet szükség.

Bár a szakirodalomban elvértve találkozunk olyan beszámolókkal, amelyek szerint az LSD-terápia sikerrel alkalmazható kényszerbetegség gyógyításában,² a saját tapasztalataim nem ezt látszanak igazolni. Bár volt példa arra, hogy hosszú távú, szisztematikus LSD-terápiával sikerült egyes, kevésbé súlyos kényszeres állapotokat pozitív irányba befolyásolni, a legfájdalmasabb kudarcainkat e betegség súlyosabb eseteivel szenvedtük el. Ezeknél a betegeknél rendszerint jóval nagyobb dózis kell ahhoz, hogy áttörjük a szerrel szemben tanúsított ellenállást, és rengeteg ülést kell lefolytatnunk, mire a terápiás haladás érzékelhetővé válik. Nem zárható ki, hogy e kudarckok inkább tudásunk korlátainak és módszereink alkalmatlanságának, semmint a kényszerneurózisban rejlő sajátságoknak tudhatók be. Ezzel kapcsolatban relevánsnak bizonyulhat az a meglátás, hogy a kényszerneurózisban szenvedő páciensek pszichológiai ellenállása szorosan kötődik a végbél záróizmának kontrollálása körüli problémákhoz.

A traumatikus események, például háborús helyzet, természeti katasztrófa vagy tömegbaleset nyomán kialakuló érzelmi neurózis kezelésében korábban nagy sikerrel alkalmazták a különféle szerek adagolásával

kísért lereagáló terápiát (narkoanalízis) és a hipnózist (hipnoanalízis). Az LSD - lereagálást segítő hatásánál fogva - szintén jól használható e problémák kezelésében. Egyetlen nagy dózisú LSD-üléssel gyakran jelentősen enyhíthetjük vagy el is mulaszthatjuk az ilyen rendellenességekkel járó debilizáló tüneteket. Néha ez még olyan eseteknél is működik, ahol a traumatizált állapot hosszú ideig fennállt. Ebben a kontextusban érdemes megemlíteni A. Bastians és csapata LSD kutatási programját, amelyben a náci rezsim egykori áldozatait kezelték a leideni egyetemen. A kutatók sikerrel alkalmazták az LSD-t a koncentrációs táborok egykori lakóiban lerakódott traumák késleltetett következményeinek, az ún. "koncentrációs tábor szindrómának" a feldolgozásában. (7)

Az LSD-kezelés folyamata a szexuális élményeket és a szexuális viselkedést is jelentősen befolyásolhatja. Úgy tűnik, hogy a szexuális orgazmus bekövetkezésének könnyedsége, valamint az élmény intenzitása, mélysége és teljessége egyenes arányban áll azzal, hogy az alany mennyire képes elengedni saját pszichológiai védelmeit. Az e téren jelentkező problémák nagy része annak tudható be, hogy az alany a genitális orgazmust tudattalan szinten összekeveri a születés orgazmusát kísérő totális fizikai elengedéssel. Ahogy az LSD-alanyok a halál-újjászületési folyamat ismételt átélése során megtanulják önmaguk elengedését, az orgazmusra való képességük is jelentősen megnő. A szexuális élmények ilyen javulását a férfiaknál és a nőknél egyaránt megfigyeltük. Azoknál, akik az LSD-ülésük előtt semmilyen komoly pszichopatológiai problémában nem szenvedtek, ez a minőségi ugrás rendszerint egy - vagy legfeljebb néhány - nagy dózisú pszichedelikus élmény után spontán bekövetkezik. Az olyan szexuális neurózisok, mint a frigiditás, a vaginális görcsök (vaginizmus), a közösülés során jelentkező genitális fájdalom, az impotencia vagy a korai ejakuláció jól kezelhetők LSD-pszichoterápiával, de a kezelés sikeréhez a szer sorozatos használatára és a rendellenesség perinatális gyökereivel való tapasztalati szembesülésre van szükség.

A múltban a pszichogén eredetű fizikai problémák széles skáláját kezelték LSD-pszichoterápiával; ide tartoznak a szerv-neurotikus megnyilvánulások, a hisztériás vagy pregenitális konverziók dinamikus struktúrájával rendelkező jelenségek és a pszichoszomatikus betegségek. Az LSD-terápia során a fájdalom számos formáját, így a hétköznapi vagy migrénes fejfájásokat, a súlyos menstruációs görcsöket, a gyomor- vagy a bélrendszer görcseit, a nyaki és az ágyéki fájdalmakat, sőt még a kimutatható szervi okokkal nem rendelkező ízületi fájdalmakat is megszüntethetjük úgy, hogy feltárjuk ezek tudattalan forrását. Az LSD-kezelés során a különböző szervek neurotikus megbetegedései, köztük a kardiális diszfunkciók, a gyomorbaj, a légzési nehézségek, a fokozott verejtékezés, az izomrángás, a székrekedés, a hasmenés vagy a menstruáció zavarai gyakran nyom nélkül elenyésznek. Prágai kutatásunkban két olyan neurotikus betegünk is volt, akinél az LSD-pszichoterápia váratlan mellékhatásaként a rövidlátás messzemenő javulását tapasztaltuk. Ez arra enged következtetni, hogy e betegség kialakulásánál a szemizmok pszichogén feszültsége is komoly tényező lehet. Az olyan pregenitális konverziók, mint a pszichogén asztma, az izomrángás vagy a dadogás rendszerint igen ellenállóak az LSD-terápiával szemben; ez talán a háttérükben meghúzódó kényszeres személyiségstruktúra következménye. Ettől függetlenül ebben a kategóriában is voltak betegeink, akiket sikeresen kezeltünk. Az LSD-pszichoterápia különösen érdekes indikációja a pikkelysömör: több terápiás csapat egymástól függetlenül számolt be arról, hogy drámai javulást értek el még a súlyos esetek kezelésében is. A pszichedelikus kezelés következtében gyakori, hogy feltisztulnak az ekcémák és egyéb bőrbetegségek.

Egyes pácienseknél az LSD-pszichoterápia hatására drámai javulás állhat be olyan, hosszú ideje fennálló fizikai problémák terén, amelyeket hagyományosan szervi eredetűnek tartanak; ilyenek például az olyan krónikus fertőzések, mint a cisztitisz, a bronchitisz vagy a szinuszitisz. Ezekben az esetekben a tünetek javulása mindig azután következett be, hogy az alany sikerrel feltárt és integrált egy a betegséghez kötődő pszichológiai gestaltot. Tanya esete jó példával szolgál ezekre az átalakulásokra (ld. 162. oldal). A megfigyelések alapján valószínűsíthető, hogy ilyenkor a fertőző ágens jelenléte szükséges, de nem elégséges feltétele a betegség kialakulásának. Jóval fontosabbnak tűnik, hogy az érintett szervnek vagy szövetnek csökken a vitalitása, és emiatt védtelenné válik a bakteriális fertőzésekkel szemben. Nem nehéz belátni, hogy a pszichológiai tényezők itt fontos szerephez juthatnak. Elképzelhető például, hogy egy pszichés blokk hatására összeszűkülnek az artériák, romlik a vérellátás, és ez korlátozza az érintett terület immunbiológiai erőforrásait. Az alanyok gyakran számolnak be arról, hogy a klinikai javulást előidéző LSD-ülés alatt az érintett területről mintha eltávolítottak volna egy blokkot, aminek következtében helyreállt a szabad vér- és energiaáramlás. Ezt a benyomást rendszerint kellemes melegségérzet és bizsergető érzések kísérik.

ALKOHOLIZMUS, DROGFÜGGŐSÉG, KARAKTERZAVAR, SZEXUÁLIS DEVIÁCIÓ

Az eddig felsorolt érzelmi és pszichoszomatikus zavarok nagy része a hagyományos, analitikusan orientált pszichoterápiás eljárásokkal is kezelhető. Az LSD használata ezeknél az eseteknél mindössze erősíti, mélyíti és gyorsítja az egyébként is működő terápiás folyamatot. Az LSD-pszichoterápia azonban olyan diagnosztikai kategóriáknál is sikerrel alkalmazható, amelyek eddig kívül estek a dinamikus pszichoterápia indikációinak körén. Sok kutatás igazolja, hogy az LSD-kezelés révén drámai eredmény érhető el például az idült alkoholisták kezelésében. Sajnos e kutatások nagy részénél az eljárás eredményességét a kutatók saját klinikai benyomásaik alapján ítélték meg, így módszertani szempontból bőven találhatunk bennük kivetni valót.

Saját kutatócsoportunk a Maryland Pszichiátriai Kutatóközpontban 135 bennfekvő alkoholbeteg részvételével hajtott végre nagyszabású, kontrollált kísérletsorozatot. Az alanyokat véletlenszerűen két csoportba osztottuk, az egyikben magas (450 mikrogrammos), a másikban alacsony (50 mikrogrammos) dózissal folyt az LSD-terápia. Hat hónap elteltével egy független kutatócsoport értékelt az eredményeket: a nagy dózist használó csoport alanyainak 53 százalékát "lényegében rehabilitáltak" minősítette, míg a kis dózissal dolgozó csoportnál ez az arány 33 százalék volt. Statisztikailag öt a százhoz az esélye, hogy a két csoport közötti eltérés a véletlen műve legyen. 18 hónap múltán a különbség már nem volt annyira szembeütő: a nagy dózisú csoportban a résztvevők 54 százalékánál, az alacsony dózisú csoportban 47 százalékuknál tapasztaltak jelentős javulást.

Ennek a kutatásnak az eredményei igen impresszívek, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy a páciensek egy állami elmeegógyintézet alkohol-rehabilitációs osztályának önkéntesei voltak, és kezelésük az esetek zömében egyetlen nagy dózisú LSD-üléssel, valamint az ülés előtt és után lefolytatott több órás pszichoterápiás foglalkozásból állt. A kutatás egyik érdekes és váratlan fejleménye az a drámai javulás volt, amelyet a kontrollcsoport egyes tagjainál figyelhettünk meg. Ezek a személyek - dupla-vak eljárással - mindössze 50 mikrogramm LSD-t kaptak, szemben a kísérleti csoportnál használt 450 mikrogrammal. A kutatás tervezésekor úgy véltük, hogy 50 mikrogramm LSD nem elegendő ahhoz, hogy érzékelhető terápiás hatást váltson ki, így ez a mennyiség aktív placebóként használható. A kutatás során azonban azt tapasztaltuk, hogy az alacsony dózisú csoportból több páciens is meglehetősen jelentékeny élményeket élt át, míg a nagy dózisú csoport egyes résztvevőinél az ülések eseménytelenül teltek. Az érdeklődő olvasó erről a kutatásról részletesebben is olvashat a Spring Grove kutatócsoport "*A pszichedelikus (LSD) pszichoterápia kísérleti alkalmazása*" című cikkében. (77)

A Spring Grove kutatócsoport eredményei éles ellentétben állnak Ludwig, Levine és Stark (59) nagyszabású, kontrollált kutatásának eredményeivel, amelyet a Madisonban fekvő Mendola Állami Kórházban, Wisconsinban végeztek. A kutatásra jelentkező 176 alkoholista pácienszt a szerzők véletlenszerűen az alábbi négy csoport valamelyikébe osztották: 1. LSD-vel folytatott "pszichedelikus terápia", 2. LSD-vel támogatott hipnodelikus kezelés, 3. LSD használata önmagában (terápia nélkül), és 4. nincs konkrét terápia (milió terápia). Az egyes csoportokba beosztott résztvevők felének azt is felajánlották, hogy a kísérlet lezárása után Antabuse-kezelésben részesülhetnek. Az eredmények elkésztőek voltak: a szerzők semelyik két csoport között nem találtak szignifikáns eltérést, és a remissziók aránya elenyésző volt. Hat hónap elteltével a betegek 70-80 százaléka újra ivott. Egy év múlva ez az arány 80-90 százalékra nőtt, és ezen még az Antabuse-kezelés sem tudott változtatni.

Ez a kutatás olyan tökéletesen teljesítette az akkori orvosi kísérletekkel szemben támasztott formai követelményeket, hogy a szerzők még az Amerikai Pszichiátriai Társaság Hoffheimer-díját is elnyerték érte. A kutatók negatív eredményei megérdemlik, hogy külön figyelmet szenteljünk nekik, mivel a háttérükben meghúzódó okok feltárásával felhívhatjuk a figyelmet az e könyvben lefektetett alapelvek fontosságára. A következőkben Charles Savage kritikai összefoglalójára fogok támaszkodni, amelyet 1971 márciusában, a Maryland Pszichiátriai Kutatóközpont szakmai gyűlésén terjesztett elő. Savage szerint Ludwig, Levine és Stark kutatásában, amely a felszínen módszertanilag korrektnek és jól megtervezettnek tűnik, igen komoly szakmai hiányosságok mutathatók ki. Az LSD-terápiával foglalkozó kutatók eddigi eredményei alapján úgy tűnik, hogy az alkoholizmus kezelésében csak a pszichedelikus modell használatával lehet gyors és feltűnő sikert elérni. Azt egyetlen LSD-terapeuta sem állította, hogy a pszicholitikus módszer szellemében lefolytatott egyetlen üléssel érdemi változás érhető el az alkoholbetegek állapotában. Ludwig és társai tisztában voltak a pszichedelikus terápia lényegi sajátosságaival, ez kitűnik abból, milyen pontosan definiálták könyvükben a pszichedelikus eljárást. A tényleges kutatásban azonban elvetették a pszichedelikus modellt - holott állításuk szerint épp ennek hatékonyságát próbálták mérni -, és a kezelés során több olyan

tényezőit is elhanyagoltak, amelyeket a pszichedelikus terapeuták kulcsfontosságúnak tekintenek. A projektben kísérőként tizenhárom rezidens és állami kórházi pszichiáter vett részt, akik a pszichedelikus terápiával fő tevékenységük mellett foglalkoztak. A pszichedelikus vagy a hipnotikus állapotok terén egyiküknek sem volt sajátélménye; az LSD-terápiát illetően annyi ismeretük volt, amennyit a kísérletet megelőző felületes "gyorstalpaló" tanfolyamon szereztek. A betegek felkészítése egy kétórás foglalkozásban merült ki, amelynek felét a szuggesztibilitás mérése tette ki. A felkészítő munka rövidségével szemben felhozott érveket a szerzők azzal hárították el, hogy a páciensek egyike sem lett pszichotikus, ami szerintük igazolja, hogy ennyi felkészítés elegendő volt. A valóságban ez a tény csak az LSD relatív biztonságos voltát demonstrálja, de semmiképpen nem bizonyítja, hogy a kezelési eljárás megfelelő volt. Bár a kutatásban használt dózis elérte a pszichedelikus terápiában használt adagok szintjét (3 mikrogramm/kg), a terápiás megközelítés lényegében pszicholitikus volt. A kísérők a betegekkel folyamatos verbális kontaktust tartottak fenn, amelyről tudjuk, hogy növeli a páciens ellenállását, és gátolja a mély regressziót. A terapeuták csak az ülés első három órájában kísérték a betegeket, a hátralévő időben magukra hagyták őket. A betegeknek csak 8,4 százaléka számolt be arról, hogy a pszichedelikus modellben központi jelentőségűnek számító misztikus élményt élt át, szemben a Spring Grove kutatással, ahol ugyanez az arány 78 százalék volt. Charles Savage végkövetkeztetése szerint Ludwig, Levine és Stark munkájában erős részrehajlás nyomait fedezhetjük fel. Néhány évvel azelőtt, amikor az LSD-vel való kísérletezés még nagy népszerűségnek örvendett, Levine és Ludwig (58) a hipnodelikus technikával biztató eredményt értek el drogfüggők kezelésében, pedig ez a csoport az alkoholistákénál jóval nehezebben kezelhető. Amikor az LSD-kezelés kezdett negatív megítélés alá esni, és emiatt a pozitív eredmények közlése politikailag kockázatosná vált, ugyanezen kutatók - az idők szelének megfelelően - negatív eredményt mutattak fel. Tudatosan vagy tudattalanul beépítettek a kutatásba néhány kifejezetten anti-terapeutikus elemet, amelyek garantálták, hogy a kezelés kudarccal végződjön. A figyelmen kívül hagyott elemek között megemlíthető a tapasztalatlan és motiválatlan terapeuták alkalmazása, a betegek hiányos felkészítése, a misztikus orientáció mellőzése, a pszichedelikus terápia alapszabályainak megsértése, valamint az emberi támogatás és gondoskodás teljes hiánya. Úgy tűnik, hogy az LSD, mint a tudat facilitátora ebben a kutatásban nem facilitált mást, csak briliánsan prezentált és elegáns statisztikai eljárásokba csomagolt közepszerűséget.

Az alkoholisták kezelésében szerzett bátorító tapasztalatok nyomán a Maryland Pszichiátriai Kutatóközpont munkacsoportja heroinfüggők LSD-kezelésével is megpróbálkozott. Ebben a programban kizárólag férfi betegek vettek részt, akik büntetésüket különböző marylandi javítóintézetekben töltötték. Többségüket lopásért, rablásért vagy illegális drogkereskedelemben való részvételért ítélték el. Azoknak a börtönlakóknak, akik érdeklődtek a kísérlet iránt, a kutatócsoport írt egy kérvényt, amelyben javasolta feltételes szabadlábra helyezésüket. A programban csak azok az elítéltek vehettek részt, akik ezt az engedélyt megkapták. Az önkéntesek fele egyetlen nagy dózisu pszichedelikus ülésen vett részt, amelyet átlagosan huszonhárom órányi intenzív pszichológiai felkészítés előzött meg. A többiek egy szokványos, szermentes terápiás programba utaltuk be, amely hasonlóan hosszú ideig tartott. A páciensek véletlenszerű módon kerültek egyik vagy másik csoportba. A kezelést követően mindkét csoport tagjainak rendszeres kapcsolatban kellett maradnia azzal a járóbeteg-klinikával, ahol a kezelést végezték, és bizonyos időközönként vizeletmintát kellett adniuk. Ennek a kísérletnek az eredményeit a Spring Grove csapat két tagja, Charles Savage és Lee McCabe publikálta. (93) Az LSD-csoportba tartozó harmincnégy páciens közül a kezelést követő hat hónap alatt tizenegyen maradtak tiszták, miközben a kontrollcsoport alanyai közül mindössze egyetlen személynél figyelhattunk meg hasonló javulást. A kutatás befejezése után egy évvel az LSD-páciensek közül nyolcan még mindig absztinensek voltak, miközben a kontrollcsoportban már mindenki visszatért a szerhasználathoz. Bár ezek az eredmények nem tűnnek túl jelentősnek, egy ilyen, rendkívül nehezen megközelíthető betegpopulációnál fölöttébb ígéretesnek számítanak. A drogfüggő betegeknél szokványosan használt kezelések hatékonyságát vizsgáló rövidtávú után-követő vizsgálatok azt mutatják, hogy a betegek 94-97 százaléka pár héttel a kezelés befejezése után ismét szerhasználóvá válik.

Az alkoholistákkal és heroinfüggőkkel folytatott pszichedelikus terápiának van egy aspektusa, amely különös figyelmet érdemel. Míg a pszichoneurózisok és a pszichoszomatikus betegségek sikeres kezeléséhez rendszerint a terápiás célú pszichedelikus ülések egész sorozatára van szükség, addig a páciensek e két csoportjánál már egyetlen LSD-élmény is drámai javuláshoz vezethet. Mint korábban említettük, ez talán azzal van összefüggésben, hogy sok alkoholista és drogfüggő viszonylag könnyen eléri a tudat transzcendens állapotait. A Spring Grove kísérleti program kutatási terve megszabta, hogy egy alany hány alkalommal kaphat LSD-t. A heroinfüggőkénél és az alkoholisták többségénél így mindössze egyetlen LSD-ülésre került sor, és csak elvétve akadtak betegek, akik kétfő vagy - igen kivételes esetben - három kezelést kaptak. Ha a

kutatási terv nem lett volna ilyen szigorú, akkor valószínűsíthetően sokkal jobb klinikai eredményeket értünk volna el. Prágában, ahol az LSD-ülések száma nem volt előre korlátozva, több betegnél nem csak a tartós absztinenciáig, de a személyiség mély, pozitív irányú újrászerveződéséig is eljutottunk.

A fejezet e szakaszában kell említést tennünk a nehezen kezelhető betegek egy másik csoportjáról, akik esetenként szintén elérhetők az LSD-pszichoterápiával. Vannak arra utaló jelek, hogy az aszociális, antiszociális és kriminális tendenciákkal rendelkező személyeknél az LSD-kezelésnek pozitív eredménye lehet. A pszichedelikus folyamatnak több olyan aspektusa is van, amely ezt lehetővé teszi. A szociopata személyek hatékony pszichoterápiájának legjelentősebb akadályja, hogy ezek a betegek normál körülmények között képtelenek kapcsolatot teremteni. Ez lényegében gátat vet a kezelési folyamatnak, hiszen a terápiás változás elérésének szükséges feltétele, hogy a betegben erős érzelmi kötődés alakuljon ki a terapeuta iránt, ami ebben az esetben nem teljesülhet. Jól ismert tény, hogy a pszichoanalízisben részt vevő alanyok többségénél már az intim személyes anyag megosztása is létrehozza az áttételes kapcsolatot. Ez a tényező a pszichedelikus terápiában sokkal erősebben hat: ha a terapeuta semmi mást nem tesz, csak megértő és támogató attitűddel üldögél, már azzal is erőteljes érzelmi kötődést fejleszt ki a betegben. Ez a kötődés - amelynek kialakulását az alany csak nagy nehézségek árán tudná elkerülni - lehet pozitív, negatív vagy kifejezetten ambivalens jellegű. A szociopata vonásokkal rendelkező személyek kezelésében ennek a kapcsolatnak kiemelt jelentősége van. Az LSD-élmény emellett azt is lehetővé teszi, hogy a páciens kiengedje és integrálja az antiszociális aktivitásait tápláló, hihetetlen mennyiségű agressziót és destruktivitást. Ebben a kontextusban még lényegesebb, hogy az alany LSD-élményén keresztül hozzáférhet a transzcendens tartományokhoz, és kapcsolatot találhat az ott uralkodó meta-értékrenddel. Ennek eredményeként rádöbbenhet arra, hogy saját kriminális viselkedésével nem csak az emberi társadalom ellen lázad, de egyúttal a kozmikus rendet is megsérti.

Az antiszociális tendenciákkal rendelkező pácienseket többnyire olyan kutatási programok keretében kezelték, ahol a kutatás alanyait egy több diagnosztikai kategóriát felölelő populációból válogatták ki. Voltak azonban olyan kutatások is, ahol a kutatók kifejezetten az antiszociális és kriminális populációra koncentráltak. Arendsen-Hein (4) huszonegy súlyosan kriminális pszichopatát kezelt rendszeres LSD-ülésekkel, 50-450 mikrogrammos dózisok használatával. A betegek terápiája legkevesebb tíz, legtovább húsz hétig tartott. Ez idő alatt tizenkét betegnél állt be klinikai javulás, és kettőjüknél ugrásszerű fejlődést figyelhettek meg.

A hatvanas évek elején a Harvard pszichológusainak egy csoportja Timothy Leary vezetésével a massachusettsi Concord Állami Börtönben folytatott pszichedelikus terápiát. (55) Ebben a projektben nem az LSD-t, hanem közeli rokonát, a pszilocibint használták, amely a mexikói indiánok szent gombájának, a *Psilocybe mexicana*nak a pszichedelikus hatóanyaga. Ezt a kutatást az tette egyedivé, hogy a pszichológusok is fogyasztottak a serből - leszámítva egyiküket, a "földi irányítást", valamint egy szupervizor pszichiátert, aki az ülések alatt mindvégig jelen volt. Az antiszociális viselkedés miatt elítélt alanyokkal lefolytatott több mint kétszáz pszichedelikus ülés után a pszilocibin-élményben részesülő csoportban jelentősen csökkent a visszaesők száma. Walter Houston Clark pár évvel ezelőtt elvégzett informális után-követő vizsgálata szintén a pszilocibin-kezelés eredményességét igazolta. Más kutatók az LSD-pszichoterápiát a pszichiátriai börtönök magas biztonsági követelményeket támogató terápiás rendszerébe próbálták beintegrálni. Ez a kísérlet az ontariói Penetanguishene mentális egészségügyi központjának magas biztonságú részlegében zajlott, az eredményeket G. J. Maier, D. L. Tate és B. D. Paris tették közzé. (61)

Volt rá példa, hogy LSD-terápiával kedvező klinikai eredményt értek el a hagyományos terápiás eljárásokra igen kevésbé reagáló szexuális abnormitások kezelésében. Az ilyen betegek közül a sadista és mazochista tendenciákat mutató páciensek prognózisa a legkedvezőbb. Ha a pszichedelikus folyamat eléri a perinatális szintet, a betegben erőteljes csatorna nyílik meg, amelyen át kieresztheti és integrálhatja az agresszív és ön-destruktív késztetéseit tápláló elfojtott energiát. A szadomazochizmus oka az, hogy a perinatális szinten intim kapcsolat alakul ki a szexualitás és az agresszió között. Ennek a kapcsolatnak a feloldására a halál-újjászületési élmény egyedi lehetőségeket kínál. A szexuális deviációk egyéb formái, köztük a fetiszizmus, az exhibicionizmus vagy a koprofilia szintén reagálhatnak a pszichedelikus terápiára. Bár a férfi és a női homoszexualitás kezelésében voltak eredmények, az e területet jellemző problémák heterogenitása és összetettsége miatt nehéz általános érvényű megállapítást tenni. E csoportnál a prognózist főként a probléma természete, a páciens homoszexualitással szembeni attitűdje, valamint a terápiás motiváció határozza meg. Pozitív kimenetelben csak akkor reménykedhetünk, ha az alany saját homoszexualitását problémaként kezeli, erős pszichés konfliktusai vannak miatta, és aktív érdeklődést mutat a kezelés iránt.

A karakterzavarok LSD-kezeléséhez jól felszerelt terápiás osztályra van szükség, ahol a terapeuta munkáját szakképzett személyzet támogatja. Ezeknél az eseteknél a terapeuta néhány tájékoztató célú LSD-üléssel jó képet kaphat a beteg prognózisáról. A karakterzavarok LSD-terápiája során tekintettel kell lennünk arra, hogy az üléseket elválasztó időszakokban még az eredetileg tünetmentes betegeknek is gyakoriak az átmeneti neurotikus és pszichoszomatikus megnyilvánulások.

BORDERLINE SZEMÉLYISÉGZAVAR, ENDOGÉN PSZICHÓZIS

A borderline és manifeszt pszichotikus állapotban lévő pszichiátriai betegeket nem szükségképpen kell kizárnunk a pszichedelikus terápiából. Bár a szkizofrénia és a többi pszichotikus állapot LSD-kezelésével kapcsolatban még nem folyt annyi vizsgálat, mint más kórképek esetén, a rendelkezésünkre álló anyag alapján levonhatunk néhány általános következtetést. Általában szólva azt mondhatjuk, hogy a pszichotikus személyek prognózisa sokkal jobb, mint egyes erősen védett neurotikusoké, különösen a kényszerbetegeké. Ez az állítás azonban csak feltételesen igaz, így további pontosítást igényel. A súlyosan zavart egyénekek folytatott LSD-terápia rendkívül intenzív és embert próbáló folyamat, amelyhez speciális felkészítésre és képzésre van szükség. Egyetlen LSD-terapeuta se kísérelje meg a betegek e csoportjának pszichedelikus szerekekkel történő gyógyítását mindaddig, amíg megfelelő tapasztalatot nem szerzett a "normális" és neurotikus egyének LSD-kezelésében. Ezeknél a pácienseknél az üléseket elválasztó időszakokban a betegség drámai exteriorizációjára, valamint a pszichotikus tünetek erősödésére kell számítani. A pszichotikus betegek pszichedelikus folyamatában vannak olyan szakaszok, amikor a kliens belső élménye és viselkedése szinte teljes egészében a terapeutára fókuszálódik, azaz "áttételes pszichózis" alakul ki. Ennek az állapotnak a megfelelő kezeléséhez speciális terápiás osztály, szakképzett ápolók és 24 órás megfigyelés szükséges.

A szkizofrén tünetek legmélyebb gyökereit mindig a különféle perinatális mátrixokban és a negatív transzperszonális élményekben találjuk meg. Annak a terapeutának, aki az LSD révén beindított komplex utazásban a pszichotikus beteg partnere kíván lenni, nincs könnyű dolga. Mindvégig szilárdan kell állnia és nyugodtnak kell maradnia, függetlenül attól, milyen magasra vagy mélyre viszi őt a szer hatásával mozgásba hozott érzelmi és konceptuális hullámvasút. Ezt a folyamatot egy hajdani páciensem, Milada történetével szeretném illusztrálni.

Milada, a harmincnégy éves pszichológus hosszú évek óta szenvedett egy komplikált neurotikus zavarban, amelynek egyaránt voltak kényszeres, szerv-neurotikus és hisztériás konverzióra emlékeztető tünetei. Hogy betegségét orvosolja, analízisbe járt, ám négy hónap elteltével kórházba került, mert akut pszichotikus tünetei alakultak ki. Klinikai tünetképének fontos része volt egy erotomán téveszme-rendszer: meg volt győződve róla, hogy munkaadója mélyen szerelmes belé, és ő maga is ellenállhatatlan vonzódást érzett a férfi iránt. Úgy érezte, erotikus és spirituális egységben vannak, amelyet a formálisnak tűnő szociális interakciók leple mögött intrapszichikusan is megosztanak egymással. Pár héttel később Milada azt kezdte hallucinálni, hogy képzeletbeli szeretője hangját hallja a fejében. Ezekben a hallucinációkban a férfi részletesen beszámolt az iránta érzett szenvedélyéről, megígérte, hogy csodálatos életük lesz, és konkrét életvezetési tanácsokkal is szolgált. Az esti és éjszakai órákban Miladának erőteljes szexuális élményei voltak; ezeket távolból elkövetett közönsésként interpretálta, amelyet "szeretője" mágikus módon hajtott végre. Bár a tényleges szexuális helyzetekben Milada frigidnek bizonyult, ezekben az epizódokban kozmikus mélységű orgiasztikus érzéseket élt át.

Milada kórházi kezelése akkor vált elkerülhetlenné, amikor cselekedeteit a téveszméje és a hallucinációi kezdték irányítani. Egy reggel otthagya a férjét, és kísérletet tett rá, hogy gyermekeivel együtt beköltözzön munkaadója otthonába, ahol közelharcba keveredett a férfi feleségével. Eközben állandó utalásokat tett a "hangra", amely állítása szerint azt közölte vele, hogy a válás már el van rendezve, így az együttélésük elől minden akadály elhárult. Miután több hónapon át próbálták kezelni nyugtatókkal, antidepresszánsokkal, illetve egyéni és csoportos pszichoterápiával, Miladát végül beutalták az LSD-programba.

Tizenkét ülés után nyom nélkül eltűntek a pszichotikus tünetek, és Milada teljes mértékben belátta, hogy a múltban milyen irracionálisan viselkedett. Az ezt követő több mint harminc ülésen számos neurotikus és pszichoszomatikus problémán dolgozta át magát, felszínre hozott egy sor, élete különböző szakaszaiból származó traumatikus emléket, és rádöbbsent, hogy jelenlegi problémáinak forrása boldogtalan gyermekkorában található. Sok időt töltött házasságának elemzésével. Férje kegyetlen volt, érzéketlen, és

fizikailag is kihasználta őt; teljesen belemerült politikai karrierjébe, és feleségének semmilyen érzelmi támogatást nem nyújtott. Mindkét gyermekük súlyos érzelmi zavar jeleit mutatta, és szakmai segítségre szorult.

Amikor Milada átlépett a perinatális szintre, a halál-újjászületési folyamathoz tartozó élmények teljes spektrumát megtapasztalta. Nehéz születését, amelybe ikertestvére belehalt, egy mindent elsöprő "pszichológiai Hirosimaként" élte át. Amikor végül beteljesítette a perinatális folyamatot, és átélte az ego halálát, markáns javulásra számítottam, amint ezt neurotikus pácienseimnél is megfigyeltem. Miladánál azonban a folyamat másként alakult: legnagyobb meglepetésemre újra előtörték az eredeti tünetek, amelyeknek hónapok óta semmi nyomát nem láttuk. A korábbi állapothoz képest az egyetlen eltérés az volt, hogy a pszichotikus jelenségeknek ezúttal én váltam a tárgyává, azaz áttételes pszichózis alakult ki.

Ezen a ponton Milada meg volt győződve arról, hogy a hipnotikus befolyásom alatt áll, és úgy érezte, az LSD-üléseken és a köztes időszakokban is folytonos közöttünk a rapport. Azt hallucinálta, hogy telepatikusan, sőt verbálisan is kommunikálunk egymással. Érdekes, hogy a hallucinált interjúk némelyike során még "pszichoterápiát is folytattunk": Milada "beszámolt nekem" élete különböző aspektusairól, és végrehajtotta azokat a cselekedeteket, amelyekre képzelt hangom biztatta, például minden nap több órán át fürdött, testgyakorlatot végzett és házimunkát folytatott. Hallucinált beszélgetéseink során azt "mondtam" neki, hogy felhagyok a terápiás játékkal, a szeretője és a férje leszek; sőt még azt is "megengedtem" neki, hogy jelenlegi férje neve helyett az enyémet használja. Ismételten "biztosítottam" őt a szerelmemről, "állítottam", hogy a válása már elintéződött, és "kértem", hogy gyermekeivel együtt költözzön hozzám. Az LSD-ülések kontextusából világosan kiderült, hogy Milada mágikus gondolkodása egy áttételes jelenség, amely az anyjával való korai szimbiózisát tükrözi. Beszélt ún. "hipnogám ülésekről" is, ezekre este, valamint az éjszakai órákban került sor. Szexuális érzeteit és a közösülésre vonatkozó hallucinációit úgy értelmezte, mint tőlem kapott szexuális leckéket, amelyeket azért adtam neki, hogy ezzel is felgyorsítsam a terápiás haladást.

Volt egy időszak, amikor Milada naponta több órát töltött bizarr, a katatóniára emlékeztető testhelyzetekben, de ha beszéltünk hozzá, könnyen ki lehetett őt hozni ezekből. Ilyenkor ismét normális testhelyzetet vett fel, kérdéseinkre válaszolt, és logikusan elmagyarázta viselkedésének okát. Ebben az időben érzelmi és pszichoszomatikus állapota azon múltott, hogy éppen milyen testhelyzetet vett fel. Bizonyos testhelyzetekben eksztatikus gyönyört, óceáni érzést és a kozmikus egység élményét élte át; másokban mély depresszió, hányinger és metafizikai szorongás lett úrrá rajta. Ezeket az élményeket ahhoz a helyzethez társította, amikor anyja méhében az ikertestvérevel kellett megküzdenie a helyért és az életért.

Bár Milada pszichotikus tünetei nem akartak alábbhagyni, a korábbi páciensekkel szerzett tapasztalataim arra indítottak, hogy tovább folytassam a heti rendszerességű LSD-kezelést. Az ezután következő ülések szinte kizárólag negatív töltésű transzperszonális élményekből álltak. Itt is nagy szerepet kaptak az intrauterin élmények, amelyeket Milada anyja terhesség alatti érzelmi feszültségének és betegségeinek, különböző magzati kríziseknek, valamint az ikerhelyzettel együtt járó mechanikai diszkomfortnak tulajdonított. Ezek mellett volt néhány negatív karmikus élménye és démonikus archetipikus élménye is.

Kezelésének utolsó fázisában igen szokatlan dolgot tapasztaltunk: az LSD hirtelen "fordítva" kezdett működni. Amíg Milada a szer hatása alatt állt, maradéktalanul visszanyerte józanságát, belátását és ítélőképességét, ám a szer hatásának elmúltával ismét visszatért az áttételes pszichózis. A kilencvenedik ülésen Milada több órán át tartó, rendkívül mély eksztázisba került, amelynek fő eleme a kozmikus egység átélése volt. Az ülés után legnagyobb meglepetésemre nyom nélkül eltűntek a pszichotikus és neurotikus tünetek, és Milada személyisége gyökeresen átalakult.

Azt állította, hogy teljesen új módon éli meg önmagát és az őt körülvevő világot. Eltöltötte az életkedv, teljesen más szemmel nézte a természet szépségeit és a művészetet, új attitűddel viszonyult gyermekeihez, és meg tudott válni minden irreális ambíciójától és fantáziájától. Visszatért a munkahelyére, munkáját kielégítően el tudta végezni, elvált a férjétől, és függetlenül élt, miközben két gyermekéről gondoskodott. Tudomásom szerint az azóta eltelt több mint tizenkét év során egyszer sem volt szüksége pszichiátriai kezelésre.

Miladán kívül több szkizofrén páciens is kezeltem LSD-terápiával; náluk a folyamat hasonlóan zajlott, de nem volt olyan bonyolult és drámai, mint Milada esetében.³ Ebben a kontextusban megemlíthetjük még Kenneth Godfrey amerikai pszichiáter nevét, aki szintén ért el sikereket a szkizofrének LSD-kezelésében. (31)

A paranoid páciensekkel nagyon óvatosan bánjunk, különösen, ha a beteg a terapeutát is az üldözők közé sorolja. A sikeres pszichedelikus kezelés talán legfontosabb feltétele, hogy a beteg és a terapeuta között

kölcsönös bizalmon alapuló, jó terápiás kapcsolat jöjjön létre. A terápia akadálytalan lefolyásához a beteg tudatos beleegyezésére, aktív érdeklődésére és megfelelő szintű együttműködésére van szükség. A paranoid pácienseknél ezt nagyon nehéz elérni; az ő felkészítésük még enyhébb esetben is hosszú és intenzív szermentes munkát igényel. Ha egy paranoid páciensnek LSD-t adunk, az illető gyakran a teljes ülést pszichológiai izolációban tölti, és az ülés során adódó érzelmi és pszichoszomatikus problémáiért a terapeutát teszi felelőssé. Ilyen körülmények között a páciens pszichedelikus élményei a terapeuta gonosz szándékaira vonatkozó téveszméket fogják alátámasztani, így a páciens szemében a kísérő kozmikus jelentőségű, démoni alakká magasodhat.

A mániás-depressziós típusú pszichotikus állapot szintén kezelhető LSD-pszichoterápiával, de ezeknél a betegeknek speciális problémákra kell számítanunk. Egyetlen LSD-ülés gyakran teljes remisszióba löki a páciens éppen zajló depressziós vagy mániás epizódját. A pszichedelikus ülés megváltoztathatja a betegség fázisát is: a depressziót mániába, a mániát depresszióba fordíthatja. Ebből a szemszögből nézve az LSD hasonló hatást vált ki, mint az elektrosokk-terápia. Az e könyvben vázolt elméleti rendszer szemszögéből ezek a változások a sűrítettélmény-rendszerek vagy az alapvető perinatális mátrixok transzmodulációjaként értelmezhetők: a kémiai beavatkozással eltolódást idézünk elő a páciens egóját irányító dinamikus vezérlő rendszerekben. Tapasztalataink szerint mániás-depressziósoknál az LSD jóval könnyebben és gyakrabban képes ezt előidézni, mint más diagnosztikai kategóriák pácienseinél. Ennek talán az az oka, hogy erre a betegségre egyébként is jellemző a labilitás és a periodicitás.

A sűrítettélmény-rendszerek és a perinatális mátrixok kémiai úton kiváltott transzmodulációja azonban nem egyenértékű a gyógyulással. Ha az ideiglenesen háttérbe húzódtott negatív rendszereket fizikai triggererek, pszichológiai stresszhelyzetek vagy a szervezet fiziológiai változásai reaktiválják, ismét kialakulhat a depressziós vagy a mániás fázis. Bizonyos esetekben mód nyílik rá, hogy a betegség pszichológiai gyökerét és mechanizmusát szisztematikus, LSD-ülések sorozatán át végzett intrapszichikus munkával befolyásoljuk. Ennek azonban speciális veszélyei vannak, köztük főként az, hogy az ülések mély, szuicid tendenciával kísért depressziót válthatnak ki. A borderline személyiségzavar és a szkizofrén pszichózis mellett a mániás-depresszióra is vonatkozik, hogy csak bennfekvő beteget szabad LSD-pszichoterápiával kezelni. Ha ezt nem tudjuk garantálni, akkor minden időben rendelkezésre kell állnia egy megfelelő kórházi intézménynek, ahol a páciens elhelyezhető, ha ezt az állapota szükségessé teszi.

A HALDOKLÓK LELKI ÉS FIZIKAI FÁJDALMAI

Az LSD-pszichoterápia indikációi közül talán a legérdekesebb és legígéretesebb az, hogy olyan személyeket kezeljünk, akiknek nemsokára a halállal kell szembenézniük. Bár ilyen jellegű kutatást korábban főként daganatos betegekkel végeztek, a terápia e formája minden életveszélyes betegségben szenvedő embernek a hasznára lehet. Mivel a pszichedelikus terápia ilyen irányú használatát egy korábbi kötetben már részletesen tárgyaltuk,⁴ itt csak rövid áttekintést adunk a témáról.

Azt a lehetőséget, hogy a pszichedelikus terápiát a halálos betegségben szenvedők lelki gondozásában is felhasználhatnánk, elsőként az orosz származású amerikai gyermekorvos, Valentina Pavlovna Wasson, valamint Aldous Huxley vetették fel, egymástól függetlenül. Wasson a mexikói szent gombával szerzett tapasztalatai, Huxley pedig meszkalinnal és LSD-vel folytatott kísérletei révén jutott erre a meglátásra. Daganatos betegekkel - klinikai körülmények között - elsőként Eric Kast folytatott LSD-kezelést a hatvanas évek elején, a Chicago Doktori Iskolában. Kastot főként az LSD esetleges fájdalomcsillapító hatása érdekelte. A Maryland Pszichiátriai Kutatóközpontban folytatott másik komplex kutatás azt vizsgálta, hogy milyen hatással van a pszichedelikus terápia a daganatos betegek érzelmi állapotára, fizikai fájdalmaira, halállal kapcsolatos elképzeléseire és haldoklással szembeni attitűdjére. Ezt a kutatási programot Walter Pahnke indította útjára, és ő is vezette egészen 1971-ben bekövetkezett haláláig. Ezután én vettem át az orvosi felelősséget, és a kutatást William Richards közreműködésével fejeztük be. Száznál is több daganatos beteget kezeltünk a programban LSD, valamint egy hasonló, de rövidebb hatóidejű szer, a DPT (dipropil-triptamin) segítségével. Több területen is konzisztens pozitív változásokat tapasztaltunk. Sok páciensnél jelentősen enyhültek az olyan érzelmi tünetek, mint a depresszió, a szorongás, az alvási zavarok vagy a pszichés zárkózottság. Legnagyobb meglepetésünkre az LSD-terápia a betegek fizikai fájdalmait is jelentősen befolyásolta. Több alkalommal tanúi voltunk, hogy a betegek fájdalmai - amelyek azelőtt sem fájdalomcsillapítókra, sem narkotikumokra nem reagáltak - egyetlen LSD-ülést követően hosszú időre alábbhagytak, sőt néha meg is szűntek. A legemlékezetesebb változást a páciensek halállal kapcsolatos

elgondolásai és a haldoklás iránti attitűdje terén tapasztaltuk. Azok, akik üléseik alatt perinatális vagy transzperszonális élményt éltek át, jóval kevésbé féltek a haláltól, mint annak előtte. Tapasztalataik révén hinni kezdtek abban, hogy a tudatosság vagy a lelki élet valamilyen formában a biológiai megsemmisülésük után is folytatódik.

Korábban már említettem, hogy a hangsúlyosan transzcendentális LSD-ülések után végbemenő pszichedelikus transzformáció az egyéni értékrend drasztikus átalakulását is magában foglalja. A halál és az újjászületés, vagy a kozmikus egység átélése után jellemző, hogy az LSD-alanyok felhagynak a múlt emlékképei és a jövőre vonatkozó fantáziák fölötti merengéssel, és sokkal jobban értékelik a jelenben zajló történéseket. Ahelyett, hogy elmerülnének a jövőjükkel kapcsolatos kilátástalanságban, arra vágnak, hogy minél jobban kihasználják a számukra adatott, halálukig hátralévő időt. Amellett, hogy újra örömet találnak az élet egyszerű és hétköznapi dolgaiban, azt is felismerik, mennyire hiábavaló, ha az ember állandóan a státuszt, a hatalmat és az anyagi javakat hajszolja. Könnyű belátni, hogy az értékek és az életstratégia efféle változásai egy haldokló ember helyzetét jóval elviselhetőbbé tehetik. A páciensekkel és a családjaikkal folytatott pszichológiai munka a túlélőkre is pozitív hatással volt, akik így könnyebben fel tudták dolgozni szeretteik elvesztését.

A klinikai mutatók szerint az általunk kezelt daganatos betegek körülbelül harminc százalékánál már egyetlen LSD-ülés után is drámai volt a javulás, további negyven százalékuknál pedig közepesnek mondható pozitív változást tapasztaltunk. A betegek fennmaradó harminc százalékának állapotában sem pozitív, sem negatív irányú eltérés nem mutatkozott. A DPT-kezelés hasonló, de kevésbé kiugró eredményt hozott.

Az LSD-pszichoterápia minden indikációja közül a haldoklókkal végzett munka tűnik a legérdekesebbnek és a legkevésbé problémásnak. Az a lehetőség, hogy viszonylag rövid idő alatt jelentősen enyhíthetjük az emberi élet végső krízisével szembesülők érzelmi és fizikai szenvedését, valamennyiünk érdeklődésére számot tarthat. Az LSD használatával szemben felhozott érvek nagy része ebben a kontextusban nem tűnik túl relevánsnak, különösen, ha az átörökítéssel vagy a kromoszómákkal kapcsolatos aggodalmakra gondolunk. A legfrissebb kutatások eredményei arra utalnak, hogy a rák kialakulásában a pszichológiai tényezők is szerepet játszanak; ha ez így van, akkor a betegek némelyikénél az LSD-pszichoterápia nemcsak a halálra való felkészülést, de akár a gyógyulást is elősegítheti.

JEGYZETEK

1. A kvantum-relativisztikus fizika, a miszticizmus és a modern tudat kutatás konvergenciájáról az érdeklődő olvasó részletes információt talál Itzak Bentov (11), Fritjof Capra (18), Nick Herbert (37), Larry Le Shan (56), Kenneth Pelletier (78), Bob Toben (101) és Arthur Young (105) műveiben.
2. Két skandináv kutató, E. Brandrup és T. Vangaard (16) drámai és tartós sikert értek el egy súlyos kényszerneurotikus eset LSD-kezelésében. A 108. oldalon említést tettem egy kényszerbetegéről, aki tizennyolc éven át makacsul ellenállt a freudi pszichoanalízisnek, ám LSD-terápiával rövid idő alatt jelentős javulást értünk el nála. Sajnos az akkori kutatási program nem tette lehetővé, hogy a beteg háromnál több ülésen vegyen részt, így a terápiát nem tudtuk befejezni.
3. Egy másik hasonló páciens, Michael zanzásított történetét megtalálják *Az emberi tudattalan birodalma* c. könyvemben. (32)
4. Stanislav Grof és Joan Halifax: *Az ember találkozása a halállal* (34) - a bibliográfiában valamennyi vonatkozó cikk hivatkozásai megtalálhatók.

8 AZ LSD NEM TERÁPIÁS CÉLÚ HASZNÁLATA

Az LSD alkalmazása a mentálhigiénés szakemberek képzésében

LSD és kreativitás

Drogokkal előidézett vallásos és misztikus élmények

Az LSD szerepe a személyiségfejlődésben és az önmegvalósításban

Az LSD használata a paranormális képességek kibontakoztatásában

AZ LSD ALKALMAZÁSA A MENTÁLHIGIÉNÉS SZAKEMBEREK KÉPZÉSÉBEN

Az LSD-vel foglalkozó kutatók igen hamar rájöttek, hogy ennek a szernek kivételes jelentősége lehet a pszichiáterek és a pszichológusok szakképzésében. Stoll már legelső, 1947-ben publikált cikkében hangsúlyozta, hogy az LSD-vel végzett önkísérletek révén a mentálhigiénés szakemberek közvetlen tapasztalatot szerezhetnek pácienseik élményvilágáról. Az LSD-kutatások "modell-pszichózis" korszakában a pszichedelikus állapotot vegyi úton előidézett szkizofréniának tartották, és az LSD-üléseket úgy kezelték, mint a pszichotikusok élményvilágába tett visszafordítható utazásokat. A pszichedelikus élmény átélését ebben az időben kifejezetten ajánlották a pszichiáterek, pszichológusok, nővérek, szociális munkások és orvostanhallgatók számára, mert úgy vélték, hogy a szer által előidézett állapotok érthetőbbé teszik a mentális zavarok működését. Rinkel (85), Roubíček (90) és más kutatók, akik a szer didaktikai felhasználásának lehetőségeit kutatták, megállapították, hogy már egyetlen LSD-ülés is drámai változást hozhat a mentálhigiénés szakemberek empátiás készségében: az ülés után sokkal jobban megértik pszichotikus betegeiket, így humánusabban tudnak viszonyulni hozzájuk.

Az a tény, hogy az LSD-állapot "modell-pszichózis" megközelítését a kutatók nagy része elvetette, semmivel nem kisebbíti a pszichedelikus élmény didaktikus értékét. A szer révén a mentálhigiénés szakemberek és az ilyen irányú szakképzésben részesülő hallgatók számos olyan tudati jelenséget megtapasztalhatnak, amelyek hagyományosan csak a különféle mentális zavarok kontextusában fordulnak elő. Ezek között említhetjük az optikai, akusztikus, taktilis, szaglási és ízlelési területeken végbemenő perceptuális torzulásokat, a gondolati folyamatok kvantitatív és kvalitatív zavarait, valamint az abnormálisan intenzív érzelmi minőségeket. Az LSD hatása alatt felléphetnek érzékszervi illúziók és pszeudohallucinációk, megtapasztalható a gondolkodás lassulása és gyorsulása, a világban zajló események téves értelmezése, továbbá átélhető számos intenzív patológiás érzelmi állapot, köztük a depresszió, a mániás hangulat, az agresszió, az ön-destruktív sóvárgás, a kisebbségi érzés és a bűntudat, vagy ellenkező oldalon az eksztatikus elragadtatás, a transzcendentális béke, a végtelen nyugalom és a kozmikus egység érzése is. A pszichedelikus élmény a fentiekén túl esztétikai, tudományos, filozófiai vagy spirituális meglátásokkal is szolgálhat.

A szer didaktikus felhasználásának a sajátélményeken kívül egyéb módozata is van: rendkívül értékes tanulási lehetőséget jelent például a mások ülésein való részvétel. A kezdő szakember így közelről tanulmányozhatja az abnormális jelenségek egész spektrumát, megismerkedhet a szélsőséges érzelmi állapotokkal és a szokatlan viselkedési mintákkal. Mivel erre az ismerkedésre speciálisan strukturált körülmények között, előre megválasztott időpontban, egy meglévő terápiás kapcsolat kontextusában kerül sor, ez a helyzet jóval alkalmasabb lehet a tanulásra, mint az, amellyel a kezdők a pszichiátriai kórházak sürgősségi vagy betegfelvételi osztályain szembesülnek. A mások LSD-üléseiben való részvétel a jövő pszichoterapeutái számára is páratlan tanulási lehetőséget jelent. Mivel a szer jelentősen megnöveli a páciens és a kísérők közötti kapcsolat intenzitását, a kezdő terapeuták jól megfigyelhetik az áttételes jelenségeket és megtanulhatnak bánni azokkal. Az LSD pszichoterápiás képzésben történő felhasználásáról az olvasó részletesebben tájékozódhat Feld, Goodman és Guido kifejezetten e témának szentelt cikkéből. (26)

A Maryland Pszichiátriai Kutatóközpontban kiterjedt és szisztematikus kutatást folytattunk azért, hogy feltárjuk az LSD-ülésekben rejlő didaktikai lehetőségeket. Erre a programra főként mentálhigiénés szakemberek jelentkeztek, akik legfeljebb három, képzési célú, nagy dózisu LSD-ülésen vettek részt. 1970 és 1977 között e program keretein belül több mint száz szakemberrel dolgoztunk együtt. A jelentkezők többségét azért érdekelte a pszichedelikus élmény, mert szorosan kapcsolódott szakmai tevékenységéhez. A résztvevők egy része krízisintervenciós osztályon dolgozott vagy olyan páciensekkel foglalkozott, akik pszichedelikus szerhasználatuk miatt kerültek az egészségügy látóterébe. Mások azért jöttek, mert kíváncsiak

voltak, milyen hasonlóságok és különbségek vannak az általuk gyakorolt pszichoterápiás eljárás - pszichoanalízis, pszichodráma, Gestalt-terápia, pszichoszintézis vagy bioenergetika - és az LSD-pszichoterápia között. Vendégeink között akadtak olyan kutatók is, akik a módosult tudatállapotokkal, a tudattalan dinamikájával vagy valláspszichológiával foglalkoztak. Végül a résztvevők egy kis csoportja azért jelentkezett a programra, mert maga is LSD-terapeuta akart lenni. E csoport tagjai több hónapot töltöttek velünk az intézményben, részt vettek a szakmai értekezleteken, végignézték az LSD-terápia gyakorlati alkalmazásáról készült videofelvételeket és szupervízióban pszichedelikus üléseket is vezettek. Idővel alkalmuk nyílt arra is, hogy sajátélményeken keresztül ismerkedjenek az LSD hatásával. Az LSD-programban részt vevő szakemberek mindegyike beleegyezett, hogy az ülések előtt és után pszichológiai felmérést végezzünk rajtuk, továbbá vállalták, hogy az ülések követő hat, tizenkettő és tizennyolc hónap elteltével után-követő kérdőívet töltenek ki. E kérdőívvel azt a változást próbáltuk felmérni, amelyet az LSD-ülések hoztak az illető személyek szakmai munkájában, életfilozófiájában, vallásos érzületében, érzelmi és fizikai állapotában, valamint interperszonális helyzetében. Bár e képzési program értékét számos anekdotikus bizonyíték igazolja, az ülésekhez kapcsolódó pszichológiai tesztek és után-követő kérdőívek szisztematikus feldolgozását a mai napig nem végeztük el.

Mint korábban többször hangsúlyoztam, az LSD-terapeuták képzésének elengedhetetlen része, hogy a jelöltek sajátélményeken keresztül ismerkedjenek meg az LSD hatásával. A pszichedelikus állapot annyira sajátos, hogy annak minőségét és dimenzióit csak a közvetlen átélés révén foghatjuk fel. A leendő terapeutáknak emellett mindenképpen konfrontálódniuk kell a saját tudattalanjukban rejtőző problémás területekkel, mert enélkül nehezen tudnának kompetens és higgadt támogatást nyújtani a pszichedelikus élményben elmerült pácienseknek. Az LSD-vel folytatott képzés a pszichiátriai nővérek és a pszichedelikus kezelő intézmények minden olyan dolgozója számára ajánlott, akik napi munkájuk során közeli kapcsolatba kerülhetnek módosult tudatállapotban tartózkodó alanyokkal.

LSD ÉS KREATIVITÁS

Az LSD-kutatások egyik legérdekesebb területe a pszichedelikus állapot és a kreatív folyamat közötti kapcsolat tanulmányozása. Az ezzel foglalkozó kutatások publikációit áttekintve azt látjuk, hogy a szerzők között jelentős véleménykülönbségek vannak. Amikor Robert Mogar (71) összegyűjtötte az LSD kreatív funkciókra gyakorolt hatását vizsgáló kísérletek eredményeit, az adatokat hiányosnak és ellentmondásosnak találta. A szer instrumentális tanulást befolyásoló hatását vizsgáló kísérletek egy része a tanulási képesség romlását, más részük annak kifejezett javulását mutatta ki. Hasonlóan ellentmondásos eredmények születtek a színérzékelést, az emlékezést, a felismerőképességet, a megkülönböztető tanulást, a koncentrációt, a szimbolikus gondolkodást és az észlelési pontosságot befolyásoló hatások vizsgálatakor. A kreativitás mérésére kifejlesztett pszichológiai tesztek az esetek többségében nem mutattak ki észrevehető javulást. Ugyanakkor máig nyitott kérdés, hogy ezek a tesztek mennyire alkalmasak a kreatív folyamat megítélésére és az LSD-okozta változások kimutatására. Az eredmények értékelésénél azt is figyelembe kell vennünk, hogy a belső világukban elmerült LSD-alanyok rendszerint igen kevéssé motiváltak rá, hogy formális pszichológiai tesztek töltsenek ki. A set és a setting meghatározó szerepét tekintve megemlíthetjük, hogy a fenti kutatások nagy részét a "modell-szkizofrénia" megközelítésből végezték, azaz a kutatók a teljesítmény pszichotikus befolyásoltságát kívánták demonstrálni.

Az LSD kreatív funkciókra gyakorolt hatását vizsgáló kutatások negatív eredményei éles ellentétben állnak az LSD-terapeuták mindennapos tapasztalataival. Számos LSD-kísérletben részt vett művész, köztük festők, zenészek, írók és költők munkásságára meghatározó befolyással volt a pszichedelikus tudatállapotokkal való találkozás.¹ Ezek az alanyok LSD-üléseiken az inspiráció addig ismeretlen forrásait fedezték fel, fantáziájuk szárnyakat kapott, és élményeik nyomán a vitalitás, az eredetiség és a művészi önkifejezés új szintjeire jutottak el. Alkotásaik minősége sok esetben ugrásszerűen javult, és ezt nemcsak ők, hanem az LSD-kutatók, sőt pályatársaik, a kortárs művészek is észrevették. Az illetők munkáit kronologikus sorrendben bemutató kiállításokon jól látható, hogy a pszichedelikus élményre mikor került sor: ezen a ponton a festmények tartalmában és stílusában is drámai "kvantum-ugrás" figyelhető meg. Ez a változás különösen jellemző azokra a festőkre, akik LSD-élményüket megelőzően konvencionális és konzervatív módon fejezték ki magukat.

A pszichedelikus terapeuták gyűjteményeiben lévő alkotások többsége azonban nem hivatásos művészektől, hanem olyan alanyoktól származik, akik LSD-üléseiken terápiás, didaktikus vagy más célból

vettek részt. Gyakran előfordul, hogy egy alany, aki korábban semmilyen művészi irányultságot nem mutatott, LSD-élménye hatására hirtelen meglepően jó rajzokat készít. Ezeknek az alkotásoknak a rendkívülisége az esetek zömében nem a megnövekedett művészi képességeknek, hanem a tudattalan mélyéből feltörő anyag szokatlanságának és expresszív erejének köszönhető. Egyes esetekben azonban az egyén rajzainak vagy festményeinek technikai aspektusai is jócskán felülmúlják a korábbi alkotások színvonalát. A pszichedelikus üléseken felszínre hozott kreatív képességeket az alanyok némelyike a mindennapi életébe is magával viszi. Kivételes esetekben megtörténhet, hogy az LSD-kezelés során az alanyban rendkívüli erejű és sokoldalú művészi tehetség ébred. Egy prágai páciensem, aki élete előző részében annyira távol állt a rajzolástól és a festéstől, hogy az iskolában kényszeríteni kellett őt a művészeti órákra való bejárásra, pár hónap leforgása alatt elismert festőművésszé vált, és azóta több sikeres kiállítása is volt. Ebben az esetben joggal feltételezhetjük, hogy az illető tehetsége latensen korábban is jelen volt, de a tudattalanban kiépült, erősen patológiás érzelmi blokkok megakadályozták annak kifejeződését. A pszichedelikus terápia révén elért affektív felszabadulás lehetővé tette, hogy az addig elfojtott tehetség szabadon és akadálymentesen a felszínre törjön.

Az LSD-élmény érdekes módon azokat a személyeket is fogékonyabbá teszi a művészetekre, akik korábban nem mutattak ilyen irányú érdeklődést. Egy pszichedelikus ülés után gyakran előfordul, hogy az alanyban hirtelen érdeklődés támad a modern művészeti ágak iránt. Azok az egyének, akik azelőtt szenttelenül, sőt kifejezett ellenszenvvel viszonyultak a hagyományostól eltérő kifejezési formákhoz, egyetlen LSD-élmény hatására drámai pálforduláson mehetnek keresztül, és mély belátást nyerhetnek a szuprematizmus, a pointillizmus, a kubizmus, az impresszionizmus, a dadaizmus, a szürrealizmus vagy a szuperrealizmus világába. Egyes festők alkotásai úgy tűnik, igen közeli kapcsolatban állnak az LSD-kiváltotta látomásos élményekkel. Számos alanytól hallottuk, hogy élményeiken keresztül sikerült mélyen megérteniük Hieronymus Bosch, Vincent van Gogh, Salvador Dalí, Max Ernst, Pablo Picasso, René Magritte, Maurits Escher vagy H. R. Giger művészetét. A pszichedelikus élmény a zene iránti attitűdben is okozhat hasonló változásokat: az alany olyan mélységeket fedezhet fel a zenében, amelyek létezéséről azelőtt sejtelve sem volt. A múltban együtt dolgoztunk egy csoporttal, amelynek tagjai valamennyien iskolázatlan alkoholisták és heroinisták voltak. Ezek a páciensek egyetlen pszichedelikus ülésük után olyan érdeklődéssel fordultak a klasszikus zene felé, hogy szerény anyagi lehetőségeiket felhasználva sztereó berendezést vásároltak maguknak, és klasszikus lemezeket kezdtek gyűjteni. A pszichedelikus szerekek a kortárs zene fejlődésére, a komponistákra, a kritikusokra és a hallgatóságra gyakorolt hatása annyira nyilvánvaló és közzismert, hogy erre itt nem szükséges külön kitérnünk.

Bár az LSD művészi önkifejezésre gyakorolt hatását leginkább a festészet és a zene területén érzékelhetjük, a pszichedelikus élmény más művészeti ágakra is hasonlóan megtermékenyítő hatással lehet. A meszkalin és LSD segítségével előidézett látomásos állapotok meghatározó szerepet játszottak Aldous Huxley életében, művészetében és filozófiájában. Sok írását, köztük a *Szép új világ*, a *Sziget*, a *Menny és pokol* vagy *Az észlelés kapui* című műveit közvetlenül befolyásolták a pszichedelikus szerekek szerzett tapasztalatai. Allen Ginsberg legerőteljesebb költeményei közül néhányat a költő pszichedelikus anyagokkal végzett önkísérletei inspiráltak. A hasis-fogyasztásnak nagy szerepe volt a XIX. század végének francia művészetében. A kanadai-japán építész, Kiyó Izumi LSD-élményeire támaszkodva készítette el több modern pszichiátriai létesítmény tervrajzát. (40)

Ha figyelembe vesszük, hogy az LSD révén a mély tudattalan tartalmával és dinamikájával - pszichoanalitikus nyelven szólva az elsődleges folyamattal - kerülünk tapasztalati kapcsolatba, akkor nem ér bennünket meglepetésként, hogy a pszichedelikus élmények fontos szerepet játszhatnak a művészi kreativitás fejlődésében. A pszichedelikus kutatásból származó megfigyeléseink azonban arra engednek következtetni, hogy az LSD-nek komoly értéke lehet az olyan tudományos diszciplínák számára is, amelyek hagyományosan a racionalitás és a logika fennhatósága alá tartoznak. Az LSD-hatásnak van két aspektusa, amely ebben az összefüggésben különös relevanciával bír. Először is, a szer lehetőséget ad rá, hogy az alany hozzáférjen a kollektív tudattalanban rejtőző hatalmas mennyiségű információhoz. Megfigyeléseim szerint az ily módon felszínre hozott információ igen konkrét, pontos és részletes lehet; a megszerzett adatok több különböző területen is jól hasznosíthatók. Egy tudóssal folytatott kísérleti LSD-program során az alanyok olyan szerteágazó területeken tettek releváns megfigyeléseket, mint a világegyetem keletkezése, a tér és az idő természete, a részecskefizika, az etológia, az állat-pszichológia, a történelem, az antropológia, a szociológia, a politika, az összehasonlító vallástudomány, a filozófia, a genetika, a szülészet, a pszichoszomatikus orvoslás, a pszichológia, a pszichopatológia és a tanatológia.²

Az LSD-hatás másik releváns aspektusa az, hogy elősegíti a rendelkezésre álló adatok újszerű és váratlan szintézisét, amely az alanyt foglalkoztató problémák hagyományostól eltérő, kreatív megoldásához vezethet. Jól ismert tény, hogy számos fontos elképzelés és felfedezés nem a racionális gondolkodás eredményeként, hanem különféle szokatlan tudatállapotokban született - álomban, elalváskor, ébredéskor, szélsőséges fizikai és mentális megterhelés vagy magas lázzal járó betegség hatása alatt. Ennek több híres példáját is ismerjük. August von Kekulé, a vegyész, úgy találta meg a benzolmolekula kémiai képletét, hogy álmában egy saját farkába harapó kígyót látott. Amikor Nikola Tesla feltalálta az elektromos dinamót - azt a találmányt, amely később forradalmasította az ipart -, állítása szerint annak teljes tervrajza megjelent előtte egy látomásban. Otto Loewi Nobel-díjas fiziológus egy álomból merítette az ihletet az idegi impulzusok kémiai átvitelének mechanizmusát feltáró kísérletéhez. Albert Einstein módosult tudatállapotban fektette le a speciális relativitáselmélet alapjait: leírása szerint az elméletet formáló meglátások kinesztetikus benyomások formájában érkeztek el hozzá.

Számos olyan esetet ismerünk, ahol egy kreatív személy hosszú időn át dolgozott eredménytelenül egy nehéz problémán, és a megoldás olyankor ugrott elő a tudattalanból, amikor az illető a racionális gondolkodását épp felfüggesztette.³ A mindennapi életben az ilyen típusú élmények meglehetősen ritkák, egyszerűek és megismételhetetlenek. A pszichedelikus szerek azonban olyannyira elősegíthetik ezeknek a kreatív "aha-élményeknek" a bekövetkezését, hogy azok akár szabadon programozhatóvá válnak. Az LSD-kiváltotta állapotban a megkövesedett elméleti rendszerek széthullanak, a kulturális-kognitív határok megszűnnek. Ennek következtében az alany előítéletektől mentesen szemlélheti a szóban forgó problémát, és a rendelkezésére álló adatokat olyan módon szervezheti egységbe, amelyre a régi gondolati rendszer nem adott lehetőséget. Ez a mechanizmus nem csupán arra jó, hogy általa újszerű megoldásokat találjunk a konkrét problémáinkra. A kreativitás szabad működése révén teljesen új paradigmákat állíthatunk fel, amelyek akár egész tudományterületeket is forradalmasíthatnak.

Bár az egyre szigorodó törvényi szabályozás végül nem tette lehetővé a pszichedelikus állapot és a kreatív folyamat közötti összefüggések szisztematikus feltárását, Willis Harman és James Fadiman (36) Stanford Kutatóintézetben végzett vizsgálata így is elegendő érdekes bizonyítékot szolgáltatott ahhoz, hogy a terület jövőbeli kutatását indokolttá tegye. Ebben a kísérletben a kutatók nem LSD-t, hanem meszkalint használtak, amely a Mexikóban honos *Anhalonium Lewinii* kaktusz - más néven pejotl - pszichoaktív hatóanyaga. A két szer hatásának hasonlósága miatt valószínűsíthető, hogy LSD-vel is hasonló eredményre jutnánk, ezt a tudósokkal folytatott LSD-képzési programunk során tett eseti megfigyelések, valamint a szer terápiás felhasználásában szerzett tapasztalataink is igazolni látszanak. A Harman-Fadiman kutatásban huszonhat férfi vett részt: tizenhat mérnök, egy mérnök-fizikus, két matematikus, két építész, egy pszichológus, egy bútortervező, egy reklámgrafikus, egy értékesítési menedzser és egy emberi erőforrás menedzser. A kutatás célja az volt, hogy megállapítsák, 200 milligramm meszkalin hatása alatt észlelhető-e pozitív irányú változás az alanyok kreativitásában: képesek-e a szer hatása alatt a modern ipar és a pozitivista tudomány kritériumainak megfelelő, konkrét, érvényes és megvalósítható megoldásokkal szolgálni az őket foglalkoztató problémákra. A kísérlet eredményei igen bátorítóak: a pszichedelikus állapotban született megoldások közül sokat engedélyeztek és a gyártásban is alkalmaztak, másokat továbbfejlesztettek, de voltak olyanok is, amelyek teljesen új területet nyitottak a kutatásban. A meszkalint kapott alanyok konzisztensen arról számoltak be, hogy a szer által kiváltott tudatállapot-módosulás elősegítette a kreativitás folyamatának működését. A szer csökkentette a gátlásokat és a szorongást, megnövelte az ideáció folytonosságát és rugalmasságát, serkentette a vizuális képzelet és a fantázia működését, és lehetővé tette, hogy intenzíven a feladatra koncentráljanak. A meszkalin megnövelte az emberek és a tárgyak iránti empátiát, megkönnyítette a tudatküszöb alatt rejtőző információhoz való hozzáférést, felerősítette a cél elérésére irányuló motivációt, és voltak esetek, amikor a végső megoldás közvetlen vizualizációját is lehetővé tette.

Nyilvánvaló, hogy a pszichedelikus szerek kreativitást növelő potenciálja egyenes arányban áll az alany intellektuális kapacitásával. A kreatív meglátások nagy részének eléréséhez elengedhetetlen, hogy az illetőnek alapos ismeretei legyenek a szóban forgó diszciplína jelenlegi állapotáról, képes legyen új kérdéseket megfogalmazni, és a kapott eredményeket le is tudja írni. Ha a jövőben egyszer hasonló kutatásokat folytatunk, akkor a legalkalmasabb alanyoknak a különböző tudományterületek legjelesebb képviselői: atomfizikusok, asztrofizikusok, genetikusok, agykutatók, antropológusok, pszichológusok és pszichiáterek ígérkeznek.⁴

DROGOKKAL ELŐIDÉZETT VALLÁSOS ÉS MISZTIKUS ÉLMÉNYEK

A pszichedelikus szerek rituális, vallásos és mágikus célú felhasználását az emberiséggel talán egyidős sámáni tradíciókig vezethetjük vissza. A védikus vallásban döntő szerepet játszott a *szóma*, ez a legendás mennyei ital, amelyet az azonos nevű, ma már ismeretlen növényből készítettek. A kender (*cannabis indica* és *sativa*) növényi részeiből előállított preparátumokat - hasis, csarasz, bhang, gandzsa, kif néven - Ázsiában és Afrikában évszázadokon át használták vallási ceremóniákon és a népi gyógyászatban. Ez a növény fontos szerepet játszott a brahmanizmusban, a szúfik vallásában és a rasztafariánusoknál is; utóbbiaknál a kendert a vallás központi szentségeként tartják számon. A pszichedelikus növények vallásos-mágikus célú felhasználása rendkívül elterjedt volt a prekolumbiánus kultúrákban, az aztékoknál, a majáknál, az olmékoknál és más indián népeknél. A dél-amerikai kultúrák által használt növények közé tartozott a nevezetes mexikói kaktusz, a *Lophophora williamsii* (pejotl), a varázsgombaként is ismert *Psilocybe mexicana* (teonanacatl), valamint a hajnalkavirág több alfajának magja (*ololiuqui*). A pejotl és a varázsgomba rituális használata a mexikói törzseknél ma is élő hagyomány - jól példázzák ezt a huichol indiánok pejotl-vadászatai és a mazatékok varázsgombával végzett gyógyító rituáléi. A pejotl-kultuszt több észak-amerikai indián törzs is átvette, így válhatott ez a kaktusz körülbelül száz évvel ezelőtt az Őslakosok Amerikai Egyházának (Native American Church) szentségévé. A dél-amerikai gyógyítók (*ayahuasquerók*) és az Amazonas völgyében élő, civilizációtól elzárt indián törzsek, köztük az amahuacák és a jivarók szent itala a *yagé*, amelyet egy "látomások indájának" nevezett kúszónövényből, a *Banisteriopsis caapi*-ből állítanak elő. Az afrikai kontinens legismertebb hallucinogén növénye a *Tabernanthe iboga* (*eboga*), amelyet kis dózisban stimulánsként, nagyobb mennyiségben beavatási ceremóniákon alkalmaznak. A középkori boszorkányszombatokon és fekete miséken széles körben elterjedt volt a pszichoaktív növényeket és állati részeket tartalmazó főzetek és kenőcsök használata. A boszorkányok főzeteinek leghírhedtebb összetevői a nadragulya (*Atropa belladonna*), a mandragóra (*Mandragora officinarum*), a csattanó maszlag (*Datura stramonium*), a beléndek (*Hyoscyamus niger*) és a varangybőr. A vegyi analízis kimutatta, hogy a barna varangy (*Bufo bufo*) bőrében pszichedelikus sajátosságokkal bíró anyag, a *bufotenin* (dimetil-serotonin) található. Az eddig említett növények mellett számtalan más növényfaj is tartalmaz pszichedelikus hatóanyagokat. A harvardi egyetem botanika tanszékén dolgozó etnobotanikus, Richard Schultes szerint száznál is több olyan növényt ismerünk, amelynek kifejezett pszichoaktív hatása van.

A pszichedelikus szerek vallásos és misztikus látomást kiváltó hatását számos történelmi és antropológiai forrás dokumentálja. Az LSD felfedezését követő kísérletek során kiderült, hogy ez a szer a nyugati kultúrában nevelkedett alanyoknál is képes hasonló élményeket kiváltani. Az LSD-vel szerzett misztikus tapasztalatokról szóló, széles körű publicitást kapott beszámolók hatására számos tudós kezdett érdeklődni a szóban forgó jelenség iránt. Az a tény, hogy a vallásos élményt vegyi anyag szervezetbe juttatásával is elő lehet idézni, érdekes és igen heves vitát robbantott ki a "kémiai" vagy "instant miszticizmus" természetét illetően, amelyben számos behaviorista tudós, filozófus és teológus is felszólalt. A vita résztvevői három fő álláspontra helyezkedtek. A kísérleteket folytató tudósok némelyike úgy vélte, hogy ha a vallásos élményeket vegyi úton is elő tudjuk idézni, akkor ezekre a jelenségekre tudományos magyarázatot adhatunk - így kiderülhetne, hogy a vallásoknak végső soron semmi köze a misztikumhoz és a szentséghez: a spirituális élmények egytől-egyig az agy fiziológiai és biokémiai folyamataira redukálhatók. Más kutatók ettől gyökeresen eltérő álláspontot képviseltek. Az LSD-vel és más pszichedelikus drogokkal előidézett misztikus élményeket hitelesnek tartották, és úgy vélték, hogy ezeket az anyagokat szentségként kell kezelnünk, mivel lehetővé teszik a transzcendenssel való kapcsolat felvételét. Lényegében ugyanezen az állásponton voltak a sámánok és az olyan pszichedelikus kultúrák papjai, amelyekben a szómát, a pejotl kaktuszt vagy a varázsgombát szentségnek, sőt néha különálló istenségnek tekintették. A vita más résztvevői az LSD-élményt "kvázi-vallásos" jelenségnek titulálták, és úgy gondolták, hogy ez csak felszínes utánozása lehet az igazi spiritualitásnak, amely kizárólag Isten kegyelméből, vagy az önfegyelem, az odaadás és az önmegtartóztatás szigorú gyakorlatai által érhető el. Ebben a megközelítésben az a látszólagos könnyedség, amellyel ezek az élmények kiválthatók, semmissé teszi azok spirituális értékét.

A kérdést alaposabban megvizsgálva kiderül, hogy az ilyen vélemények megfogalmazói nincsenek tisztában a pszichedelikus folyamat természetével. A pszichedelikus szerek senkinek nem nyújtanak könnyű és kiszámítható utat Istenhez. Sok alanynak - a nagy számú ülés ellenére - egyáltalán nincsenek spirituális élményei, és ha valakinek mégis ilyen élmény jut osztályrészül, azt sok esetben igen komoly pszichológiai megpróbáltatások kísérik, amelyek legalább annyira nehezék és fájdalmasak, mint a különféle beavatási rítusok vagy a szigorú önfegyelmet kívánó vallási gyakorlatok.

A legtöbb kutató egyetért abban, hogy pusztán fenomenológiai alapon lehetetlen elkülöníteni a spontán bekövetkező és a kémiai úton előidézett misztikus állapotokat.⁵ A kérdést tovább bonyolítja, hogy az LSD-nek nincs egyértelműen definiálható farmakológiai hatása, továbbá a spontán kialakuló misztikus állapotok némelyikét szintén kísérhetik fiziológiai és biokémiai elváltozások.

A hosszan tartó böjtölés, az alvásmegvonás, a sivatagba való kivonulás, ahol az emberi test kiszáradhat és extrém hőmérsékleti körülményeknek van kitéve, az erőltetett légzési technikák, a szélsőséges érzelmi stressz, a test fizikai kifárasztása és kínzása, a kitarató, monoton kántálás és más, a "vallási technológiák" körébe tartozó gyakorlatok mindegyikére igaz, hogy messzemenő változásokat idéznek elő a test kémijában, ami problémássá teszi, hogy egyértelmű határt húzzunk a spontán bekövetkező és a kémiai miszticizmus közé.

Azt a kérdést, hogy a vegyi úton indukált spirituális élmények hiteles és autentikus tapasztalatok-e, végső soron a teológusok és a spirituális mesterek hivatottak eldönteni. Sajnálatos módon a különféle vallások képviselői nincsenek egységes állásponton a kérdésben, és nehéz eldönteni, hogy a sok megszólaló közül kit tekinthetünk szaktekintélynek. A vitában megnyilvánuló vallásszakértők némelyikének soha életében nem volt pszichedelikus élménye; mások egyetlen LSD-élmény alapján messzemenő általánosításokba bocsátkoztak. A kérdésben sokszor még ugyanannak a felekezetnek a vezető képviselői - katolikus papok, protestáns lelkészek, rabbik vagy hindu szentek - sem képesek egymással konszenzusra jutni. A vita harminc éve tart, és máig nyitott kérdés, hogy a pszichedelikus szerek alkalmasak-e valódi spirituális élmény előidézésére. A nemleges választ adók között megemlíthetjük Meher Babát vagy R. C. Zaehner, a másik oldalon több tibeti buddhista mestert, a pszichedelikus kultúrák sámánjait, Walter Clarkot, Houston Smith-t vagy Alan Watts-ot.

Az LSD-kiváltotta élmények - függetlenül attól, hogy valódi misztikus revelációk-e vagy csak azok igen meggyőző szimulációi - mindenképpen nagy érdeklődésre tarthatnak számot a teológusok, a lelkészek és a valláskutatók körében. A pszichedelikus szert fogyasztó egyén néhány óra leforgása alatt mélyen megértheti a vallás lényegét, és a transzcendens tartományok közvetlen, személyes megtapasztalása által élő hitre tehet szert. Ez a lehetőség különösen vonzó lehet azoknak a lelkészeknek, akik valamelyik vallást hirdetik, ám eközben komoly kétségeket táplálnak annak igazságát és az általuk prédikáltak valóság tartalmát illetően. A Maryland Pszichiátriai Kutatóközpontban folytatott LSD-képzési programunkban több olyan pap és teológus is részt vett, akik valójában szkeptikusok vagy ateisták voltak, és a hivatásukat különféle külső okok miatt gyakorolták. Az LSD hatása alatt átélt misztikus élményeik meggyőzték őket arról, hogy a spiritualitás valóban létező dolog, és alapvető befolyással van az emberek mindennapi életére. Ez a tapasztalat megszabadította őket a hivatásuk körüli konfliktusok terhétől és a képmutatás következtében fellépő büntudattól. Rokonaik és barátai több esetben is arról számoltak be, hogy az LSD-ülést követő istentiszteleteken az illetők prédikációinak szokatlan ereje és spontán autoritása volt.

A pszichedelikus üléseken átélt spirituális élmények gyakran merítenek a kollektív tudattalan szimbolikájából, és ennek folytán az alanytól teljesen eltérő kulturális és vallásos kontextusban is kifejeződhetnek. Az LSD-vel folytatott képzésnek emiatt kivételes jelentősége lehet az összehasonlító vallástörténet számára. A valamely konkrét felekezethez tartozó lelkészek néha meglepődnek, amikor mély spirituális élményeiket egy teljesen más vallás kontextusában élik át. A pszichedelikus élmény alapvetően egyesítő jellege miatt azonban ezek a tapasztalatok nem kibővítik az illető hitét, csak tágasabb, kozmikus perspektívába helyezik azt.

AZ LSD SZEREPE A SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉSBN ÉS AZ ÖNMEGVALÓSÍTÁSBAN

Az LSD-vel folytatott tudományos kutatás eddig főként a pszichopatológiai jelenségekkel, a pszichiátriai terápiával és a szer olyan, meglehetősen speciális alkalmazásaival foglalkozott, mint a művészi önkifejezés javítása vagy a vallásos élmények előidézése. Emellett viszonylag kevés figyelmet kapott az a kérdés, hogy a pszichedelikus élménynek milyen szerepe lehet a "normális" emberek személyiségfejlődésében. Ez a téma akkor került a figyelem középpontjába, amikor a hatvanas évek közepén megkezdődött a tömegek felügyelet nélkül folytatott önkísérletezése.

Az LSD elterjedése nyomán az Egyesült Államokban tömeghisztéria bontakozott ki. A szer használata mellett és ellen felsorakoztatott érvek mindkét oldalon érzelmileg túlfűtött, erősen túlzó és végső soron megtévesztő módon kerültek megfogalmazásra. Az LSD prófétái - meglehetősen kritikátlan módon - úgy mutatták be az új szert, mint az emberi létezését sújtó valamennyi probléma könnyen elérhető és biztonságos

ellenszerét. A pszichedelikus önkutatást és a nyomában járó személyiségtranszformációt úgy hirdették, mint a nukleáris holokausztban való megsemmisülés és az ipari szennyezés okozta elsoványodás egyetlen életképes alternatíváját. Azt javasolták, hogy mindenki egyen annyi LSD-t, amennyit csak tud, mert úgy vélték, ezzel felgyorsíthatják a Vízöntő korának eljövételét. Az LSD-ülésre úgy tekintettek, mint egyfajta beavatásra, amelyet minden pubertáskort elért fiatal számára kötelezővé kellene tenni.

Sajnos ezek a propagátorok nem figyelmeztették a társadalmat a pszichedelikus kísérletezéssel járó veszélyekre, és senkit nem tanítottak meg arra, miként lehet minimalizálni a pszichedelikumok használatával járó kockázatot. Ennek következtében számos szerfogyasztó vált a hiányos felkészítés és a tudatlanság áldozatává. Az újságokban apokaliptikus hangvételű szalagcímek adtak hírt a "bad tripekkal" járó szörnyűségekről, a szer fogyasztásának tulajdonított balesetekről, és ennek nyomán valóságos hadjárat indult az LSD ellen a jogalkotók, a politikusok, valamint az oktatási és egyéb területeken dolgozó szakemberek körében. A drogellenes propaganda teljesen figyelmen kívül hagyta a közel két évtized alatt felhalmozott tudományos eredményeket, és az LSD-t úgy állította be, mint egy teljesen kiszámíthatatlan, ördögi szert, amely komoly veszélyt jelent a felnövekvő generációk élméjűségére és fizikai egészségére.

Napjainkban ennek a vitának már nincs olyan érzelmi töltése, mint akkoriban, és ez lehetővé teszi, hogy a személyiségfejlődésre vonatkozó kérdésünket józan és objektív elemzésnek vessük alá. A klinikai bizonyítékok arra utalnak, hogy az LSD-folyamatból a viszonylag "normális" emberek profitálhatják a legtöbbet, és egyúttal ők vállalják a legkisebb kockázatot is, amikor egy felügyelet mellett zajló pszichedelikus programban vesznek részt. A pszichedelikus élmény nagyot lendíthet azoknak az embereknek az életén, akik semmilyen komoly klinikai problémától nem szenvednek: életminőségük jelentősen javulhat, és az élmény hatására elindulhatnak az önmegvalósítás útján. Abraham Maslow szerint hasonló folyamat játszódik le azoknál, akik életük során spontán bekövetkező "csúcserőlményt" élnek át.

A hivatalosan is támogatott drogellenes propaganda igen felszínesen értelmezi a pszichedelikus szerek használatára irányuló motivációkat. Nincs kétség afelől, hogy ezeket a szereket sok esetben csak a szórakozás kedvéért vagy a szülői tekintély és a hatalom elleni lázadás kontextusában használják. Ugyanakkor még ezekkel a szerhasználókkal is megtörténhet, hogy "utazásuk" során megsejtik a pszichedelikus szerek valódi potenciálját, és ez a tapasztalat arra ösztönzi őket, hogy további kísérletekkel próbálják kiaknázni a szerben rejtőző lehetőségeket. Sokan azért használnak LSD-t, mert úgy vélik, ezzel megoldást találhatnak az életükben adódó érzelmi problémákra. Mások az emberi létezés alapvető kérdéseire keresik a filozófiai vagy spirituális választ. A transzcendens valóságokkal való kapcsolat felvételére irányuló vágy még a szexuális készleténél is erőteljesebb lehet. Az emberi történelem során számtalan ember volt, aki komoly veszélyeket vállalt, és éveket, sőt évtizedeket áldozott az életéből azért, hogy elérjen valamilyen spirituális jellegű célt. A pszichedelikus szerek használatának ésszerű szabályozására irányuló törekvések ezeket a tényeket nem hagyhatják figyelmen kívül.

Napjainkban már nagyon kevés kutató véli úgy, hogy a tiszta LSD-vel folytatott kísérletezés bármilyen veszélyt jelentene a genetikai állományra. A pszichológiai veszélyekből adódó kockázatok az ülés megfelelő körülményeinek biztosításával minimálisra csökkenthetők. Véleményem szerint semmilyen tudományos bizonyíték nem szól az ellen, hogy kiépítsünk egy pszichedelikus intézményhálózatot azok számára, akik komolyan érdeklődnek a pszichedelikus szerekkel támogatott önkutatás iránt. Ezekben az intézményekben a jelentkezők tiszta anyaggal, a lehető legideálisabb körülmények között vehetnének részt a pszichedelikus üléseken. Amíg ilyen intézmények nem állnak rendelkezésre, addig az önkutatásra mélyen motivált emberek egy része illegális önkísérlézésbe fog bonyolódni, ami lényegesen magasabb kockázatot jelent. Ha a kormány támogatná ilyen központok létrehozását, azzal azokat az embereket is visszatárhathatná a felelőtlen önkísérlézésétől, akik a jelenlegi tiltásban kihívást és csábító kísértést látnak. Az újfajta megközelítés lehetővé tenné, hogy szisztematikusan összegyűjtsük és feldolgozzuk a pszichedelikumokra vonatkozó valamennyi információt, köztük azokat is, amelyek jelenleg nyom nélkül elvesznek a felügyelet nélkül folytatott önkísérlézés káoszában. Ezzel véget vethetnénk annak az abszurd helyzetnek, hogy a pszichedelikumokat szinte sehol a világon nem kutatják tudományos igényességgel, miközben emberek milliói kísérleteznek velük a saját szakállukra.

AZ LSD HASZNÁLATA A PARANORMÁLIS KÉPESSÉGEK KIBONTAKOZTATÁSÁBAN

Számtalan történelmi és antropológiai bizonyíték mellett a klinikai kutatások során tett megfigyelések egész sorozata utal arra, hogy a pszichedelikus szerek esetenként elősegíthetik az érzékeken túli észlelést. A

látomáskeltő növényeket sok kultúrában használták fel arra, hogy segítségükkel diagnosztizálják és gyógyítsák a betegeket. Hasonlóan elterjedt volt mágikus célú felhasználásuk: az elveszett tárgyak vagy emberek megtalálása, az asztrális projekció, a távoli események megfigyelése vagy a jövőbelátás. Az e célra használt drogok nagy részét a vallásos felhasználás kontextusában már említettük. Afrikában és Ázsiában ide sorolható a kender (*Cannabis indica* és *sativa*); a szibériai és észak-amerikai indián törzsekénél a légyölő galóca (*Amanita muscaria*); egyes afrikai népcsoportoknál az iboga (*Tabernanthe iboga*); Dél-Amerikában és a Karib-szigeteken a cohoba (*Anadenanthera peregrina*) és az epená (*Virola theidora*), továbbá a prekolumbiánus kultúrák három fő pszichedelikuma, a pejotl kaktusz (*Lophophora williamsii*), a szent varázsgomba (*Psilocybe mexicana, teonanacatl*) és a kék hajnalka magja (*Ipomoea violacea, ololiuqui*). Témánk szempontjából kiemelt érdeklődésre tarthat számot a *yagé* nevű főzet, amelyet egy *Banisteriopsis caapi* nevű liánból és más, "halottak indáinak" elkeresztelt növényekből készítenek az Amazonas völgyében élő indiánok. Ennek a liánnak az egyik pszichoaktív alkaloidját, a harmint - más néven yageint vagy banisterint - "*telepatin*" néven is ismerjük. Az e növényekből készített kivonatok hatása alatt átélt pszichedelikus állapot az átlagosnál gyakrabban jár együtt paranormális jelenségekkel. McGovern, a növényt ismertető antropológusok egyike több írásában is beszámolt a *yagé* egyedülálló sajátosságairól. (69) Leírása szerint egy helyi orvoságos ember a *yagé* elfogyasztása után meglepő részletességgel vizionálta egy távoli törzs főnökének halálát. A látomásról több héttel később kiderült, hogy pontosan megfelelt a valóságnak. Hasonló élményről számolt be Manuel Córdova-Rios, (53) aki *yagé*-ülését tanúja lett saját anyja halálának, és a későbbiekben látomása minden részletét ellenőrizni tudta. A pszichedelikus kultúrák mindegyikében fellelhető az a meggyőződés, hogy a szent növények szisztematikus alkalmazása révén a mindennapi életben is kifejleszthetők a paranormális képességek.

A pszichedelikus kutatók által az évek során összegyűjtött anekdotikus bizonyítékok szintén erre engednek következtetni. Masters és Houston (65) leírta egy háziasszony esetét, aki LSD-ülését maga előtt látta lányát, amint odahaza a konyhában egy süteményes doboz után kutatott. Az asszony látta, ahogy a lány leveri a cukortartót a polcra, és a cukor kiömlik a padlóra. Ennek az epizódnak a tényleges megtörténtét később az asszony férje igazolta. Ugyanez a két szerző számolt be arról az LSD-alanyról, aki "egy hajót látott a jég fogságában megrekedve, valahol az északi tengeren". Az alany látomásában szereplő hajó oldalán a "France" név volt olvasható. Később kiderült, hogy a "France" nevű hajó épp az alany LSD-ülésének időpontjában szorult a jégtömbök közé Grönland közelében. A híres pszichológus és parapszichológus, Stanley Krippner (49) egy 1962-ben lezajlott pszilocibin-ülésén előre látta John F. Kennedy meggyilkolását, amelyre ténylegesen csak egy évvel később került sor. Hasonló megfigyelésekről számoltak be Humphrey Osmond, Duncan Blewett, Abram Hoffer és mások. Krippner és Davidson szinoptikus cikke kritikai áttekintést nyújt a téma szakirodalmáról. (50)

Saját klinikai tapasztalatom alapján azt mondhatom, hogy az LSD-pszichoterápia során viszonylag gyakran találkozunk az érzékenyen túli észlelésre utaló jelenségekkel. Ezek az élmények a jövő eseményeinek többé-kevésbé halvány megsejtésétől vagy távol zajló események észlelésétől az élénk látomásos vízióig terjednek, amelyek során az alany komplex és részletes jeleneteket lát maga előtt. A látomásokat a nekik megfelelő hangok is kísérhetik, például az alany hallhatja a távoli helyen kimondott szavakat vagy mondatokat, motoros járművek zaját, tűzoltó- és mentőautók szirénázását vagy a dudák hangját. Volt rá példa, hogy az alany látomása több-kevesebb egyezést mutatott valamely ténylegesen bekövetkezett külső eseménnyel. Ezeket az egyezéseket azonban nagyon nehéz meggyőző, objektív bizonyítékkal alátámasztani. Az alany látomásának részleteit már a pszichedelikus ülés során rögzítenünk kell, különben nagy esélye van az adatok későbbi torzulásának. Az események valóságnak megfelelő rögzítését akadályozhatja azok szabados interpretációja, az emléknymok átalakulása és a déja vu jelensége is.

A pszichedelikus üléseken előforduló paranormális jelenségek közül a legérdekesebbek talán a testen kívüli élmények, valamint a távolbalátás és -hallás. A pszichedelikus állapotokban viszonylag gyakran megtörténik, hogy az alany úgy érzi, kilépett fizikai testéből. Van, aki teljesen elszakad a testétől: fölötte lebeg vagy a szoba másik részéből figyeli magát. Az is előfordul, hogy az egyén teljes mértékben elválik az őt körülvevő fizikai világtól, és egy másik valóságba távozik, amely teljesen függetlennek tűnik a hétköznapi materiális környezettől. Ebben a párhuzamos világban az alany egy ott élő lény - személy, állat vagy archetipikus entitás - testét is magára öltheti. Kivételes esetben az alany a mi fizikai világunk egy másik pontján találja magát, és részletes leírást ad az ott látott dolgokról és eseményekről. Ha megpróbálunk utánajárni, hogy az így nyert észleleteknek van-e valóságalapja, néha lenyűgöző egybeesésekre bukkanunk. Nagy ritkán az alany e folyamat aktív irányítására is képes: tetszése szerint tud "utazni" a térben és az

időben, az általa kiválasztott helyre és időpontra. Egy ilyen jellegű élmény részletes leírását olvashatják *Az emberi tudattalan birodalma* című könyvemben. (32)

Ha az alanyok ESP-képességeit a parapszichológiai kutatásban alkalmazott tesztekkel vizsgáljuk, meglehetősen lehangoló eredményre jutunk: az eddigi vizsgálatok semmi jelét nem mutatták, hogy az LSD hatására előre megjósolható és konstans növekedés mutatkozna a kísérleti személyek ESP-képességeiben. Masters és Houston (65) az LSD-alanyok tesztelésére egy speciális kártyacsomagot használt, amelyet a Duke Egyetem parapszichológiai laboratóriumában fejlesztettek ki. A csomagban található huszonöt kártya mindegyike egy-egy geometriai szimbólumot ábrázolt: csillagot, kört, keresztet, négyzetet vagy hullámos vonalakat. Az LSD-alanyoknak el kellett találniuk, milyen jel van a kísérletvezető által hátlapjával felmutatott kártya másik oldalán. Ennek a kísérletnek az eredményei statisztikailag nem voltak szignifikánsak. Whittlesey (102) hasonló kutatása, illetve van Asperen de Boer, Barkema és Kappers (6) pszilocibin-alanyokkal folytatott kártya-eltalálási kísérlete hasonlóan kiábrándító eredményt hozott. Walter Pahnke Maryland Pszichiátriai Kutatóközpontban végzett kísérletének máig publikálatlan eredményei arra engednek következtetni, hogy az ilyen jellegű vizsgálatoknál a statisztikai értékelés félrevezető lehet. Ebben a projektben Pahnke a Duke Egyetemen kifejlesztett kártyák elektronikus változatát használta. Az alany egy szobában ült, előtte a kártyák képeit ábrázoló billentyűk. A szomszéd szobában egy számítógép véletlenszerűen kiválasztott egyet a kártyák közül, és a választott kártya képét megjelenítette egy panelen. Az alany a megfelelő gomb lenyomásával kellett jeleznie, hogy szerinte a számítógép melyik kártyára "gondolt". Bár e kísérlet eredménye az LSD-alanyok teljes csoportját tekintve nem volt szignifikáns, voltak, akik a tesztek némelyikén kiemelkedően magas pontszámot értek el.

Egyes kutatók azzal érveltek, hogy a kártyák repetitív eltalálása talán nem eléggé érdekes és képzeletdús megközelítése a parapszichológiai jelenségek kutatásának. Úgy vélték, ezek az eljárások nem sok eséllyel pályáznak az alany figyelmére, ha az illető közben el van merülve a pszichedelikus állapottal járó izgalmas, szubjektív élményekben. Hogy a feladatot érdekesebbé tegyék, Cavanna és Servadio (19) kártyák helyett érzelmileg releváns képeket használtak a figyelem felkeltésére. Bár alanyaik egyike kiugróan jól teljesített, az összesített eredmény itt sem bizonyult szignifikánsnak. Karlis Osis (73) több "médiumnak" adott LSD-t, majd amikor a szer hatása alá kerültek, tárgyakat adott a kezükbe, és megkérte őket, írják le a tárgyak tulajdonosait. A médiumok egyike kiugró eredményt ért el, de a többiek annyira elmerültek az élmény esztétikai és filozófiai aspektusaiban vagy annyira lefoglalták őket saját személyes problémáik, hogy nem tudtak tartósan a feladatra koncentrálni.

A legérdekesebb eredmény Masters és Houston (65) egyik pilot-kutatásából származik, amelynek során hatvankét LSD-alanyt kellett eltalálnia, mit ábrázol a kísérlet vezetője által kiválasztott kép. A kísérletet az LSD-ülések lecsengő szakaszában végezték, amikor az alanyok már viszonylag jól oda tudtak figyelni a feladatra. A tesztelt alanyok közül negyvennyolcnak tíz próbálkozásból legalább kétszer sikerült eltalálnia a kép tartalmát, és voltak öten, akik tízből legalább hétszer sikerrel jártak. Az egyik alany például "hullámzó tengert" vizualizált, miközben a kép egy viharban hánykolódó viking hajót ábrázolt. Ugyanez az alany "burjánzó növényzetről" beszélt, amikor a kép egy amazóniai esőerdőt ábrázolt, "tevéről", amikor a képen egy tevéen ülő arab volt látható, "az Alpokról", amikor a kép a Himaláját ábrázolta, és "egy gyapjút szedő négerrel", amikor a kép dél-amerikai ültetvényen készült.

A pszichedelikus ülések során előforduló paranormális jelenségek kutatása számos technikai problémával jár. Amellett, hogy az alanyt nehéz tartósan érdekeltté tenni a feladatok megoldásában, Blewett (12) hangsúlyozza, hogy a pszichedelikus élmény alatt a tudatban áramló eidetikus képek erősen interferálhatnak az alany azon képességével, hogy az őt érő benyomások közül kiválassza a célhoz tartozó választ. A pszichedelikus szerek paranormális képességekre gyakorolt hatásának kutatásával kapcsolatos módszertani nehézségek és az eddig végzett kísérletek negatív eredményei azonban nem érvénytelenítik a kutatók e területen tett rendkívüli megfigyeléseit. Egy tapasztalt LSD-terapeuta épp elegendő kihívást jelentő esettel találkozhat ahhoz, hogy komolyan vegye ezt a problémát. Ami engem illet, nincs kétségem afelől, hogy a pszichedelikumok a farmakológiai hatás időtartama alatt esetenként képesek lehetnek érzékenyen túli észlelés előidézésére. Az ily módon felszínre kerülő paranormális képességek és jelenségek néha az ülés után is éreztetik hatásukat. Ezzel kapcsolatban kiemelt jelentősége lehet annak a megfigyelésnek, hogy a pszichedelikus ülésen transzperszonális jelenségeket átélő alanyok életében sokszor megnövekszik a véletlennek tűnő egybeesések száma. Ezek a véletlenek - amelyek nem az érzékszervi adatok szubjektív értelmezései, hanem objektív tények - Carl Gustav Jung azon megfigyeléseire emlékeztetnek, amelyekről a szinkronicitásról szóló esszéjében adott számot. (44)

Bár az LSD-üléseken viszonylag gyakoriak a parapszichológiai jelenségek, a vonatkozó laboratóriumi vizsgálatok negatív eredményeiből arra következtethetünk, hogy az ESP-képességek növekedése az LSD hatásának nem sztenderd és konstans velejárója. A szerrel kiváltható alternatív mentális állapotok között vannak olyanok, amelyek elősegíthetik a paranormális jelenségek előfordulását; más típusú LSD-élményeknél az ESP-képességek szintje nem változik vagy csökken. A jövő kutatóinak feladata lesz, hogy megállapítsák, a pszichedelikus állapotokban jelenleg rapszodikusán és megjósolhatatlanul fellépő paranormális képességeket nem tudnánk-e az uralmunk alá hajtani és szisztematikusan kultiválni, ahogy ennek lehetőségére a sámánizmusról szóló irodalom is utal.

JEGYZETEK

1. Az érdeklődő olvasó a téma átfogó ismertetését találja Robert Masters és Jean Houston *Pszichedelikus képzőművészet* című könyvében. (66) Az LSD és a pszilocibin hivatásos festők kreativitására gyakorolt hatását egyedi módon dokumentálja J. Roubíček cseh pszichiáter *Kísérleti pszichózisok* (90) című munkája. Ebben a kontextusban megemlíthetjük még Oscar Janiger magángyűjteményét is, amely hivatásos festők LSD hatása alatt készült műveiből áll.
2. Ezekre a meglátásokra konkrét példákat találunk *Az emberi tudattalan birodalma* című könyvemben. (32)
3. E jelenség számos további példájával szolgál Arthur Koestler *A teremtés* című művében. (48)
4. Az érdeklődő olvasó a témáról további információt találhat Stanley Krippner szinoptikus cikkében (*Kutatások a kreativitásról és a pszichedelikus szerekről*). (51)
5. Az ilyen jellegű kutatások közül a legérdekesebb Walter Pahnke (75) nagypénteki kísérlete, amelyet 1964-ben folytatott a massachusettsi Cambridge-ben lévő Harvard kápolnában. A kutatásban tíz keresztény teológus hallgatónak adott fejenként 30 milligramm pszilocibint, tíz másiknak pedig - akik a kontrollcsoportot alkották - 200 milligramm nikotinsavat, placebo gyanánt. A hallgatókat dupla-vak módon osztották be a két csoport valamelyikébe. A szerek bevétele után a csoport valamennyi tagja egy két és fél órás vallási szertartáson vett részt, amelyen orgonamuzsikát, kórusi énekeket és liturgiát hallgattak, imákat mormoltak és csendes meditációba merültek. Azok az alanyok, akik pszilocibint kaptak, nagyon magas pontszámot értek el a Pahnke által kifejlesztett misztikus élmény kérdőívben, a kontrollcsoport reakciója ezzel szemben minimális volt.

9 AZ LSD-KEZELÉS TERÁPIÁS MECHANIZMUSAI

A hagyományos terápiás mechanizmusok felerősödése

Változások a pszichés vezérlőrendszerek dinamikájában

A halál-újjászületési folyamatban rejlő terápiás lehetőségek

Terápiás mechanizmusok a tudat transzperszonális szintjén

Az LSD-folyamat érzelmi és pszichoszomatikus tünetekre kifejtett, sokszor drámai hatását látva felmerülhet a kérdés, hogy ezek a változások milyen terápiás mechanizmusoknak köszönhetőek. Bár a szóban forgó transzformációk egy része a hagyományos elméletek alapján is magyarázható, túlnyomó többségük olyan folyamatokra épül, amelyeket a pszichológia és a pszichiátria tradicionális irányzatai vagy nem ismernek, vagy nem kívánnak tudomásul venni. Ez azonban nem jelenti azt, hogy ezek a jelenségek teljességgel elkerülték volna az emberiség figyelmét: leírásaikkal találkozhatunk a spirituális gyógyítással foglalkozó vallásos irodalomban, valamint a sámáni eljárásokat, beavatási rítusokat és különféle gyógyító ceremóniákat ismertető antropológiai beszámolókból.

Mint korábban már említettem, az LSD önmagában nem tekinthető teljes értékű terápiás ágensnek. A páciens gyógyulásának feltétele, hogy LSD-élményét speciálisan strukturáljuk és kezeljük; ennek hiányában a felszínre hozott tudattartalmak akár destruktívvá is válhatnak. Az LSD-pszichoterápiából származó megfigyelések alapján úgy tűnik, hogy az ülésen részt vevő alanyban a szer hatására igen komplex és sokrétű terápiás változás megy végbe, amelynek különböző szinteken ható tényezői mind-mind egyedi terápiás potenciállal rendelkeznek. Ebben a fejezetben rövid áttekintést nyújtok az LSD-üléseken működő legfontosabb terápiás mechanizmusokról. A pszichedelikus állapot lehetővé teszi, hogy az alany személyiségében mély dinamikus eltolódásokat és transzformációkat váltsunk ki, ami az LSD-t a pszichoterápia kivételesen hatékony segédeszközévé teszi.

A HAGYOMÁNYOS TERÁPIÁS MECHANIZMUSOK FELERŐSÖDÉSE

A pszicholitikus kezelés kezdeti stádiumaiban a pszichoterápia hagyományos iskolái által feltárt terápiás mechanizmusokra támaszkodunk, ám ezek intenzitását a pszichedelikus szerek használata jelentősen felerősíti. A pszichedelikus állapotban lévő alany védelmi rendszerei jelentősen gyengülnek, pszichológiai ellenállása csökken. Az érzelmi reakciók drámaian felerősödnek, az üléseken gyakori az erőteljes *lereagálás* és a *katarzis*. Az elfojtás alatt álló tudattartalmak - köztük a kora gyermekkor emlékei - *könnyen hozzáférhetővé válnak*, ezt kísérheti korregresszió, valamint *az érzelmileg releváns emlékek élénk, komplex újraélése* is. A tudattalan anyag gyakran szimbolikus jelenségek formáját ölti, amelyek struktúrájukban hasonlóak az álmokhoz. A felszínre kerülő anyag integrálása közben a páciens *érzelmi és intellektuális síkon* is beleláthat saját tüneteinek és hibás interperszonális mintáinak pszichodinamikájába.

A gyermekkor érzelmileg releváns epizódjainak újraélése azért tekinthető terápiás hatásúnak, mert ilyenkor az érzelmi vagy fizikai lereagálás következtében felszabadul a traumatikus emlékekben tárolt energia, ami lehetővé teszi az immár semleges tartalmak tudatos integrálását. A pszichedelikus állapotban lévő egyén képes rá, hogy ugyanazt a tudattartalmat egyszerre - vagy váltakozva - két különböző nézőpontból élje át. A gyermekkori emlék újraéléseivel párhuzamosan az alany teljes korregresszió megy keresztül: időben visszautazik arra a pontra, ahol az eredeti trauma történt. Ám eközben hozzáfér kronológiai korának megfelelő, jelenlegi személyiségéhez is, ami lehetővé teszi, hogy felnőtt szemmel értékelje újra a hajdani gyermek számára feldolgozhatatlan eseményt. A korai életszakaszok történéseit újraélő alanyban tehát egyszerre van jelen a naiv, érzelmileg teljesen bevonódott gyermek és a jelenetet többé-kevésbé független módon szemlélő felnőtt.

Ez a kettősség a terápiás kapcsolatra is kihatással lehet. A múlt feldolgozatlan emlékei jelentősen eltorzíthatják, hogy a páciens miként észleli a környezetét, és benne a terapeutát. Egy másik tudatszinten ugyanakkor az alany átláthatja a torzítás működését, és mindvégig tudatában lehet a valós helyzetnek. Az áttételes kapcsolat rendszerint felerősödik, és élénk, képszerű formában jut kifejeződésre. Egy korábbi fejezetben már utaltunk rá, hogy a terápiás kapcsolatban jelentkező torzítások sok esetben karikatúraszerűvé válnak; ez a páciens és a terapeuta számára is nyilvánvalóvá teszi e jelenségek áttételes jellegét. Az áttételes kapcsolat felerősödése - amellet, hogy megkönnyíti *az áttétel elemzését* - a *korrektív emocionális*

élményekre is lehetőséget ad. Alapvető fontosságú, hogy a terapeuta - a felszínre kerülő anyag természetétől és a páciens viselkedésétől függetlenül - mindvégig megértő, higgadt és támogató maradjon. Ennek igen erőteljes hatása lehet akkor, ha a páciens attól tart, hogy a terapeuta helyteleníteni fogja a viselkedését és el fogja utasítani őt. Ettől a megközelítéstől csak abban az esetben térjünk el, ha arra a terápiás szerepjáték közösen kialakított kontextusában kerül sor. Minden más esetben fennáll a veszélye annak, hogy korrekció helyett az eredeti trauma hatását erősítjük. A terapeuta munkájában némi könnyebbé jelent, hogy az LSD hatása alatt álló páciens rendszerint kevésbé defenzív és nyitottabb a környezet jelzéseire. Ennek eredményeként gyakran olyan meglátásokat és interpretációkat is elfogad, amelyek a hagyományos, szermentes pszichoterápiában biztosan nem működnének.

A páciens megnövekedett *szuggesztibilitását* jól hasznosíthatják azok a terapeuták, akik szeretik irányítani a beteget, de ezt a módszert csak a legnagyobb óvatossággal szabad használni. Saját tapasztalatom azt mutatja, hogy az őszinte és nyitott interakciótól való bármilyen eltérés végső soron negatívan befolyásolja a terápiás haladást.

VÁLTOZÁSOK A PSZICHÉS VEZÉRLŐRENDSZEREK DINAMIKÁJÁBAN

Ha megnöveljük az LSD-ülésem használt dózist, vagy egymás után több ülésre is sort kerítünk, akkor a fentiek mellett további terápiás mechanizmusok is működésbe lépnek. A mélyebb szinteken végbemenő változások nagy része annak tudható be, hogy kémiai úton beavatkozunk a pszichés folyamatokat vezérlő tudattalan konstellációk dinamikus összjátékába. E konstellációk közül a legfontosabbak az életrajzi anyagot szervező *sűrítettélmény-rendszerek* és a halál-újjászületés élményeit tároló *perinatális mátrixok*. A pszichés vezérlőrendszerek e két típusának lényegi jellemzőiről a könyv korábbi fejezeteiben már részletesen szoltunk. A transzperszonális élmények vonatkozásában szintén beszélhetnénk dinamikus mátrixokról, de ezek sokszínűsége és laza szerveződése megnehezíti, hogy átfogó leírást adjunk róluk.

A különféle pszichés vezérlőrendszereket a hozzájuk kapcsolódó érzelmi töltés jellege szerint is osztályozhatjuk. A *negatív rendszerek* közé sorolhatjuk a traumák köré szerveződő sűrítettélmény-rendszereket, a második és a harmadik perinatális mátrixot, az első perinatális mátrix negatív aspektusait, valamint a negatív transzperszonális mátrixokat. A *pozitív oldalon* találjuk az örömteli emlékekre épülő sűrítettélmény-rendszereket, az első perinatális mátrix pozitív aspektusait, a negyedik perinatális mátrixot, valamint a pozitív transzperszonális mátrixokat. Az LSD-terápia általános stratégiája az, hogy csökkentjük a negatív rendszerek érzelmi töltését, miközben facilitáljuk a pozitív rendszerekhez való tapasztalati hozzáférést. Az ülések lecsengő fázisát úgy kell strukturálnunk, hogy elősegítsük a felszínre került anyag maradéktalan beteljesítését és integrálását. A páciens manifeszt klinikai állapota nem a tudattalanban lévő feldolgozatlan anyag mennyiségétől és minőségétől függ, hanem attól, hogy a különböző pszichés vezérlőrendszerek közül épp melyik tartja befolyása alatt az illető tapasztalati világát. Az a személy, aki negatív töltésű pszichodinamikus, perinatális vagy transzperszonális rendszerek hatása alatt áll, önmagát és a világot pesszimista módon szemléli, létélményét az érzelmi vagy pszichoszomatikus szenvedés hatja át. A pozitív vezérlőrendszerek hatása alatt álló egyén ezzel szemben érzelmileg elégedett, pszichoszomatikus működése optimálisnak mondható. Az alany állapotának konkrét jellemzőit mindkét esetben az aktiválódott rendszer jellegzetességei határozzák meg. A sűrítettélmény-rendszerek, a perinatális mátrixok és a különféle transzperszonális mátrixok LSD-alanyokra gyakorolt hatásának részletes kifejtését lásd az üléseket elválasztó periódusokról szóló fejezetben (126-132. oldal).

A tudattalanban működő dinamikus mátrixok erőviszonyaira a szervezetben zajló biokémiai és fiziológiai folyamatok, valamint a külvilágból érkező fizikai és pszichológiai ingerek is hatással lehetnek. Az LSD alkalmazásával mélyen belenyúlhatunk ezeknek a vezérlőrendszereknek a dinamikájába. Az LSD-élmény fenomenológiai elemzése azt mutatja, hogy a klinikai javulásra akkor kerül sor, amikor egy tudattalan eltolódás következtében az addig uralkodó negatív vezérlőrendszer dominanciája megszűnik, és az irányító szerepet egy pozitív konstelláció veszi át. Ebből a változásból azonban nem feltétlenül következik, hogy az alany sikeresen feldolgozta a korábbi pszichopatológia háttérében meghúzódó tudattalan anyagot; sokkal valószínűbb, hogy csupán a fókusz toltódott át egyik vezérlőrendszerrel a másikra. Ez az eltolódás - amelyre a *transzmoduláció* kifejezést használjuk - több szinten is bekövetkezhet. Az életrajzi tapasztalatokat sűrítő emlékkonstellációk közti eltolódásokat *sűrítettélmény-transzmodulációnak* nevezzük. A sűrítettélmény-rendszerek és a perinatális mátrixok funkcionális kapcsolatának következtében egy traumatikus gyermekkori emlék újraélése a születési trauma megfelelő aspektusait is felidézheti, egy pozitív

gyermekkori élmény pedig a zavartalan magzati létet, vagy a születést követő felszabadult állapotot. A dinamikus eltolódásra a perinatális és a transzperszonális szinten is sor kerülhet, előbbi esetben *perinatális*, utóbbiban *transzperszonális transzmodulációról* beszélünk.

A pozitív irányú transzmodulációnak rendszerint két fázisa van: először a negatív rendszer felerősödését figyelhetjük meg, majd hirtelen áttörésre kerül sor, és a pozitív rendszer kerül előtérbe. Ha az alanynak van olyan pozitív rendszere, amellyel könnyen kapcsolatot tud teremteni, akkor ez már az ülés elején átveheti az irányítást, ilyenkor a negatív rendszer automatikusan a háttérbe szorul. A dinamikus konstellációk közötti eltolódás nem feltétlenül jár együtt klinikai javulással. Ha az ülést rosszul integráljuk, akkor a transzmoduláció *negatív irányú* is lehet, ilyenkor az alany tudattalanjában az addig uralkodó pozitív rendszer helyét egy negatív rendszer veszi át. Ezt az átmenetet olyan pszichopatológias tünetek hirtelen felbukkanása kíséri, amelyek korábban az alany tudattalanjában lappangtak. Érdekes jelenség, amikor a fókusz az egyik negatív rendszerről egy másik, szintén negatív rendszerre tolódik át. Ilyenkor az alany pszichopatológiájában minőségi változásra kerül sor: a korábbi klinikai jelenségek eltűnnek, és a helyükre teljesen más tünetek lépnek. A transzformáció néha annyira mélyreható, hogy a páciens másik diagnosztikai kategóriába kerül át; ezt a jelenséget példázza a korábban már ismertetett klinikai eset is (lásd a 127. oldalon). A negatív transzmoduláció során előálló klinikai állapot nem a semmiből bukkan elő: annak minden lényeges eleme megtalálható a páciens tapasztalati tárházában. Mindössze arról van szó, hogy a dinamikus eltolódás következtében az addig lappangó elemek hirtelen manifesztté válnak. Összegezve elmondhatjuk, hogy az LSD-terápia a tudattalan anyag feldolgozásának facilitálása mellett a tudattalanban működő pszichés irányítórendszerek erőviszonyait is befolyásolhatja.

Az egyik betegem érdekes metaforával illusztrálta az LSD-folyamat működését. Az emberi tudattalant egy sötét raktárépülethez hasonlította, amely zsúfolva van különböző tárgyakkal. Az LSD-folyamat szerinte nem csak arról szól, hogy a raktárból eltávolítjuk a limlomot és a szemetet, hanem arról is, hogy más irányba fordítjuk az elemlámpát, amellyel a raktárat bevilágítjuk. Ahogy a raktárban is csak azokat a tárgyakat látjuk, amelyekre a lámpa fénye rávetül, úgy a tudattalanból is csak azokat a tartalmakat éljük át, amelyeket a tudatosság fénye megvilágít.

Ebben az összefüggésben különösen figyelemre méltó kérdés, hogy a kedvező terápiás kimenetel szempontjából a negatív vagy a pozitív élményeknek van-e nagyobb jelentőségük. A pszicholitikus és a pszichedelikus terapeuták már régóta vitatkoznak azon, hogy az LSD-pszichoterápiában a konfliktusok és a traumák újraélésére vagy a transzcendens állapotok elérésére kell-e törekedni. Saját tapasztalataim azt mutatják, hogy a traumatikus élmények feldolgozása és az eksztatikus állapotok megtapasztalása egyformán fontos és szerves része a gyógyulási folyamatnak. Úgy tűnik, az LSD-pszichoterápia e két aspektusa dialektikus kapcsolatban van egymással. A negatív rendszerek energetikai kisütése és a problémás területek feldolgozása megnyitja az utat a mély pozitív élmények előtt; a kezdeti üléseken átélt mély transzperszonális állapotok pedig elősegítik a terápia akadálytalan lefolyását. A transzcendens élmények hatására a beteg eltávolodhat saját, szűkre szabott vonatkoztatási rendszerétől, és problémáit kozmikus kontextusban szemlélheti. Ennek eredményeként optimista attitűd alakul ki, aminek a beteg nagy hasznát látja később, amikor a negatív töltésű pszichodinamikus és perinatális anyagot kell feldolgoznia. Az a páciens, aki megtapasztalta a tudat transzcendens állapotait, erősen átérzi kozmikus identitását, és tudja, mi a kezelés végső célja. Az LSD-folyamatot immár nem a személyes tudattalanban való vak tapogatózásnak, hanem értelmes munkának látja, amelynek elsődleges rendeltetése, hogy lebontsa azokat a határokat, amelyek énjét a Szelftől elválasztják. A fenti terápiás dilemmát úgy oldhatjuk fel a legjobban, ha a folyamat mindkét aspektusára egyforma figyelmet fordítunk, és támogatjuk azok spontán kibontakozását. Ezzel együtt meg kell említenünk, hogy a pozitív élmények kiemelt jelentőségűek a terápiás kimenetel szempontjából. Ha ezt az LSD-kezelés során alábecsüljük, erőteljes terápiás mechanizmustól fosztjuk meg magunkat.

A HALÁL-ÚJJÁSZÜLETÉSI FOLYAMATBAN REJLŐ TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK

A pszichodinamikus szinten végbemenő terápiás változások jelentősége viszonylag csekély azokhoz képest, amelyeket a perinatális élmények tudnak kiváltani. Az LSD-pszichoterápia klinikai gyakorlatában ismételtlen meggyőződhetünk a halál-újjászületési folyamat erőteljes gyógyító erejéről. Ennek a terápiás mechanizmusnak a felfedezése az LSD-vel kapcsolatos kutatásaim legmeglepőbb eredményei közé tartozik.

A haldoklás és az újjászületés pszichológiai folyamatának megtapasztalása teljesen elmulaszthatja a páciens érzelmi és pszichoszomatikus panaszait. Számos pszichopatológiai kórkép háttérében a negatív

perinatális mátrixokban összesűrűsödött intenzív érzelmek és fizikai érzetek állnak. Az olyan meghatározó tünetek, mint a szorongás, az agresszió, a depresszió, a halálfélelem, a bűntudat, a kisebbségi érzés, a tehetetlenség vagy az általános érzelmi feszültség sok esetben a perinatális szinten gyökereznek. E jelenségek különféle aspektusai, illetve a köztük fennálló kapcsolatok a születési trauma kontextusában jól értelmezhetővé válnak. Praxisomban gyakran előfordult, hogy pácienseim fiziológiai funkciók vagy biológiai anyagok iránti beteges érdeklődését, szokatlan hipochondriás panaszait és pszichoszomatikus megbetegedéseit a halál-újjászületési folyamattal járó élményekre vezethettem vissza. A perinatális eredetű pszichoszomatikus zavarok között megemlíthetjük a hétköznapi és migrénes fejfájást, a neurotikus érzéseket, az oxigénhiányt, a fuldoklást, a szívpanaszokat, a hányingert, a hányást, a különféle diszkinéziákat, az izomfeszültséget, valamint a test különböző részeit érintő fájdalmat, rángást vagy remegést.

A pszicholitikus kezeléssel foglalkozó terapeuták körében jól ismert tény, hogy a pszichodinamikus problémák feldolgozását követően a páciensek nagy része nem válik azonnal tünetmentessé. A mélyebben gyökerező pszichopatológiai kórképek feldolgozásához a betegnek tovább kell mennie a perinatális szintre. Ha klausztrófiában vagy gátolt depresszióban szenvedő pácienseinknél az átmeneti remisszió helyett tartós gyógyulást kívántunk elérni, akkor a beteget konfrontálnunk kellett a "nincs kiút" mátrixszal. Az agitált depresszió forrását hasonlóképpen a harmadik perinatális mátrix halál-újjászületési csatájában találtuk meg.

Az öngyilkos késztetések sokszor nyom nélkül eltűntek, miután a páciens átdolgozta magát a perinatális anyagon és integrálta azt. A halál-újjászületési folyamatot sikerrel beteljesítő páciensek egymástól függetlenül fedezték fel, hogy korábbi szuicid késztetésük háttérben valójában az ego felszámolására és meghaladására irányuló vágyakozásuk állt. Érthetetlen vágyuktól vezérelve egy olyan pszichológiai helyzet után kutattak, amely közeli hasonlóságot mutat az ego halálával, és így jutottak el önmaguk fizikai megsemmisítésének gondolatáig. A pszichológiai halál átélése ezeknél az egyéneknél megszünteti vagy jelentősen visszaszorítja a szuicid hajlamot. A halál-újjászületési folyamat során átélt drámai élmények elveszik az agresszív és ön-destruktív impulzusok erejét. Az ego halálának beteljesítését követően az alany az emberi létezés az addiginál jóval tágasabb, spirituális perspektívából szemléli. Élményei hatására az a meggyőződés alakul ki benne, hogy a tudatosság az anyag felett áll, ami abszurdá és értelmetlenné teszi, hogy a személyiségfejlődés nehézségeinek az anyagi síkon végrehajtott drasztikus lépésekkel próbáljon véget vetni. Bármilyen súlyos helyzetbe kerüljön is, az öngyilkosságot ezután már nem tekinti érvényes megoldásnak.

Az alkoholista és heroinista páciensekkel végzett munkánk során hasonló változásokat figyeltünk meg. Az alkoholizmust és a heroinfüggőséget bizonyos szempontból tekinthetjük hosszán elnyúló öngyilkosságnak is: a szuicid tendenciák és a függőség dinamikája sok hasonlóságot mutat egymással. Azok az LSD-páciensek, akik átélték a kozmikus egység megrendítő élményét, gyakran negatív érzéseket kezdtek táplálni az alkohollal és a kábítószerekkel kiváltható intoxikáció iránt. Ezek a páciensek hasonló belátásokra jutottak saját függőségükkel kapcsolatban, mint az előző csoport a szuicid késztetéseket illetően. Miután LSD-ülésükön felfedezték és átélték a kozmikus egységet, rájöttek, hogy valójában mindvégig ezt az állapotot keresték. Megértették, hogy az alkohol és a heroin okozta intoxikáció némiképp hasonlít az LSD-kiváltotta egységélményhez, és ez a felszínes hasonlóság az oka, hogy ezeket a szereket a transzcendencia elérésének reményében használni kezdték. A transzcendens állapotban, valamint az alkohol és az ópiátok okozta intoxikációban az a közös, hogy egyaránt eltűnnek - vagy jelentősen enyhülnek - az alany fájdalmas érzelmei és érzetei, kialakul a múlt és a jövő iránti indifferencia, valamint fellazulnak a test és a tudat határai. Az egységélmény azonban több olyan lényegi sajátsággal is rendelkezik, amely az alkoholos vagy narkotikus befolyásoltságra egyáltalán nem jellemző. Ezek a szerek a kozmikus tudatosságnak csak a karikatúráját adják, ám a felszínes hasonlóság épp elég ahhoz, hogy a kísérletezőket félrevezesse, és e szerek rabjává tegye. Az alkohol és az ópiátok rendszeres használata biológiai függőséghez, valamint visszafordíthatatlan fizikai, érzelmi és társadalmi károkhoz vezet.

Az ego halálát és a kozmikus egység átélését követően sok páciens belátja, hogy az alkohollal és a narkotikumokkal való visszaélés, valamint a szuicid késztetések mögött a transzcendenciára irányuló, fel nem ismert spirituális vágyakozás rejlik. Ezt a meglátást - amely a kábítószerfüggők és az alkoholisták viselkedésmintáit és életvitelét tekintve némiképp meglepőnek tűnhet - a pszichedelikus terápia statisztikái is alátámasztják. A Spring Grove kutatási programjában a misztikus élmények előfordulási gyakorisága a páciensek valamennyi csoportja közül az alkoholistáknál és a heroinfüggőknél volt a legmagasabb.

A rosszindulatú agresszió, az impulzív viselkedés és a szadomazochisztikus késztetések szintén gyakran bizonyulnak perinatális eredetűnek. A halál-újjászületési folyamat egyik leglényegesebb aspektusa az, hogy aktiválja az alanyban rejlő destruktív és ön-destruktív késztetéseket. A perinatális folyamat kibontakozását

gyakran kísérik a féktelen agresszió, a tömeges pusztulás és a szadomazochisztikus orgiák jelenetei.¹ Az alanyban felszínre törő destruktív energia sikeres kisütése után drámai mértékben csökkennek az agresszív érzések és tendenciák, az újjászületéskor pedig gyakori, hogy az alanyt elárasztja a szeretet, az együttérzés és az élet tiszteletének érzése.

A perinatális elemek fontos szerepet töltenek be a különféle szorongások és fóbiák, a hisztériás konverziós tünetek, valamint a kényszerneurózisok dinamikájában. A szexuális zavarok és deviációk nagy része szintén a perinatális szinten gyökerezik és logikusan levezethető a születési trauma egyes aspektusaiból. Különösképpen áll ez az impotenciára, a frigiditásra, a menstruációs görcsökre, a közösülés közben fellépő vaginális fájdalomra (diszpareunia), a biológiai anyagok szexuális kontextusba való átvitelére, így a székletevésre (koprofilia) és a vizeletivásra (urolagnia), a klinikai szadomazochizmusra, valamint a fetiszizmus és a homoszexualitás egyes eseteire.

A szkizofréniának több aspektusa is van, amely kisebb vagy nagyobb mértékben perinatális elemekhez köthető. A szkizofrén betegeknek a perinatális szinten lévő tartalmakat nem fedi el a későbbi önéletrajzi anyag, így azok a páciens számára közvetlenül hozzáférhetők. A pszichotikus páciensek által leírt ördögi tortúrák, véget nem érő fizikai és mentális szenvedések, a létezés abszurditásának érzései vagy a papírmásé figurák és gépies teremtmények által benépesített világ víziói mind a második perinatális mátrix közreműködését sejtetik. A halál, a csonkítások, a világ megsemmisülése, a kozmikus léptékű katasztrófák, az eltorzult agresszív és szexuális impulzusok, a biológiai anyagokkal való kényszeres elfoglaltság, valamint a születés-szex-halál háromszögre való tapasztalati kihegyezettség mind a harmadik perinatális mátrix sajátosságai közé tartoznak. A messianisztikus téveszméket, a Krisztussal való azonosulást, és a világ újjászületésének vagy újrateemtődésének élményét a harmadik perinatális mátrixból a negyedikbe való átmenethez köthetjük. A halál-újjászületési folyamat maradéktalan beteljesítése esetén ezeknek a pszichotikus tüneteknek a nagy része nyom nélkül eltűnik.

Mint láthatjuk, számos pszichopatológiai és pszichoszomatikus kórkép a tudattalan perinatális szintjén gyökerezik. Hogy a felszínen kialakul-e a patológiás állapot - és ha igen, milyen formát ölt - az az egyén születés utáni életének eseményeitől függ. Bár a perinatális eredetű problémák számos alakot ölthetnek, a halál-újjászületés élmény átélése ezek mindegyikére drámai hatással van. A perinatális szinten működő terápiás mechanizmusok hatékonysága nagyságrendekkel felülmúlja a hagyományos pszichiátria és pszichoterápia valamennyi ismert eljárását. Az e szinten végbemenő terápiás változások két fő tényezőre vezethetők vissza. Egyrészt a folyamat során felszabadulnak és kisütésre kerülnek a második és harmadik perinatális mátrixban lekötött érzelmek és fizikai érzetek, amelyek addig a klinikai tüneteket látták el energiával. Másrészt a negyedik és az első perinatális mátrixban az alany megtapasztalhatja az egyesített, eksztatikus állapotok gyógyító erejét. Ezek az élmények annyira alapvető módon befolyásolják az alany klinikai tüneteit, személyiségstruktúráját, értékrendszerét és világnézetét, hogy mindenképpen kiemelt figyelmet érdemelnek.

Hiszek abban, hogy a perinatális szinten átélhető tapasztalati tartalmak nem redukálhatók pusztán a biológiai születés emlékeire. Ettől függetlenül az e szinten működő terápiás mechanizmusokat megközelíthetjük úgy is, hogy közben figyelmünket a perinatális folyamat biológiai aspektusaira összpontosítjuk. Az óceáni eksztázis és a kozmikus egység élménye mély kapcsolatban áll az anyjával háborítatlan egységet élvező magzat differenciálatlan állapotával. A kozmikus egység élményének a "jó anyaméh" és a "jó anyamell" élményekkel való kapcsolatából megsejthetjük, honnan származik az egységélmény mély gyógyító ereje. A fejlődépszichológiából régóta tudjuk, hogy a gyermek érzelmi fejlődése, stabilitása és mentális egészsége szempontjából rendkívül fontosak a kora gyermekkor gyönyörteljes, ego nélküli állapotai.

Az a kozmikus egységélmény, amelyet az LSD-vel vagy különféle szermentes technikákkal kiválthatunk, ilyen értelemben ekvivalensnek tűnik a "jó anyaméh" és a "jó anyamell" élményekkel. Az egységélmény kielégíti az ember alapvető pszichológiai és biológiai szükségleteit, továbbá elősegíti az érzelmi és pszichoszomatikus gyógyulást. A mindenségben való eksztatikus felolvadás élményét kezelhetjük úgy is, mint az egyén élettörténetébe való retroaktív beavatkozást, az infantilis igények anakronisztikus kielégítését. Ez a mechanizmus azonban - bármily fontosnak tűnjék is - csak töredékét adja a kozmikus egységélmény terápiás jelentőségének. Hibát követnénk el, ha a folyamat biológiai vetületét előtérbe helyezve figyelmen kívül hagynánk annak filozófiai és spirituális vonatkozásait. A transzcendens élmények hatására az alany teljesen új fényben láthatja saját identitását és a kozmoszban játszott szerepét. A világegyetem materialista felfogását - amelyben az egyén csak apró porszem a kozmosz végtelenjében - egyetlen pillanat alatt felváltja a misztikus alternatíva. Az új világképben az alany tapasztalatilag is átélheti

az univerzum végső kreatív princípiumát, és megsejtheti, hogy bizonyos értelemben összemérhető vagy egylényegű azzal. Ez a szemléletbeli átalakulás aztán az élet minden területére messzemenő hatással van.

Az emberiség kultúrtörténete évszázadok, sőt évezredek óta ismeri az ilyesfajta élményeket. Tudjuk, hogy ezek az élmények bizonyos személyekben, különleges körülmények között maguktól is létrejönnek, és kiválthatók az e célra kifejlesztett spirituális eljárásokkal. Bár létezésükről és pozitív hatásairól már hosszú ideje tudomásunk van, a modern pszichoterápia - és általában az egészségügy - kontextusában szinte soha nem hallunk róluk. Abraham Maslow műveinek megjelenéséig a "csúcserő" a pszichiátria kizárólag a szkizofrén szimptomatológia kontextusában értelmezte. Az ekstatisztikus állapotok azonban olyan rendkívüli gyógyító erővel rendelkeznek, hogy kutatásuk akár a pszichiátriai terápia teljesen új ágának kifejlődéséhez is elvezethet. A jövő kutatóira vár a feladat, hogy módszeresen feltárják ezen állapotok sajátosságait, és kikísérletezzék azokat a módszereket, amelyekkel megbízhatóan kiválthatók.

TERÁPIÁS MECHANIZMUSOK A TUDAT TRANSZPERSZONÁLIS SZINTJÉN

Az LSD-pszichoterápiából származó megfigyelések bőséges bizonyítékot szolgáltatnak arra, hogy a transzperszonális élményeknek nem csupán elméleti jelentőségük van. A páciens klinikai tünetei sokszor a transzperszonális területen gyökereznek, és nem oldhatók fel sem a pszichodinamikus, sem a perinatális élmények szintjén. Valamely érzelmi, pszichoszomatikus vagy interperszonális probléma megoldásához a betegek néha tisztán transzperszonális jellegű élményen kell keresztülmennie. Az LSD-pszichoterápia gyakorlati tapasztalataiból világosan látszik, hogy a pszichoterápia eszköztárából nem hiányozhatnak a transzperszonális megközelítések.

A transzperszonális szinten átélhető bizarr és sokszor megmagyarázhatatlan élmények drámai hatással lehetnek a páciens klinikai állapotára. Ezen élmények újszerűsége meglehetősen nyitottságot és kalandos szellemet igényel mind az alany, mind a terapeuta részéről. Az a terapeuta, aki mereven ragaszkodik a konvencionális paradigmákhoz, és eleve kizárja a tudatosság új, korábban ismeretlen szintjeinek létezését, rendszerint nem bizonyul túl hatékonynak a transzperszonális eredetű problémák kezelésében. Egy ilyen terapeuta nem fogja hozzásegíteni a páciens az élményekhez, amelyek a tüneteit orvosolhatnák, sőt implicit vagy explicit módon el is tántoríthatja őt a transzperszonális birodalmakba való belépéstől. Az elszalasztott terápiás lehetőség mellett így az alany spirituális igényei is kielégítetlenül maradnak, mert a terapeuta képtelen megfelelő támogatást nyújtani az ismeretlenbe tett belső utazásához.

Egyes LSD-páciensek súlyos érzelmi problémája, amelyet sem a pszichodinamikus, sem a perinatális szinten nem sikerült megoldani, eltűnt vagy jelentősen enyhült, miután az alany különféle *embrionális élményeket* élt át. Az abortuszra tett kísérletek, az anyai szervezet betegségei, a terhesség során átélt érzelmi krízisek és a nem kívánt terhesség élménye mind okozhatnak olyan emléknymokat, amelyek újraélése terápiás hatású lehet. A terápiás változás igen drámai példáit figyelhettük meg az *inkarnációs emlékek* újraélése során. Ezek néha a perinatális szint jelenségeivel egyidejűleg kerülnek átélésre, máskor teljesen önálló tematikus gestaltokat alkotnak. Az alany ilyenkor egy olyan élménysorozatot él át, amely érzése szerint egy másik országban és/vagy másik történelmi periódusban zajlott le. Az emlék újraélését mély érzelmi bevonódás és az átéltek intenzív lereagálása kíséri. Az alany az a határozott benyomása támad, hogy az epizód, amelyet újraél, valamelyik előző életéből származik. Megeshet, hogy érzelmi, interperszonális vagy pszichoszomatikus problémáját egy elmúlt életéből származó karmikus minta részeként tudja azonosítani, és a kérdéses gestalt beteljesítésével az illető probléma is megoldódik. Az alany gyógyulásával egyidejűleg szinkronicitás jellegű változások mehetnek végbe azoknak a személyeknek az életében és attitűdjeiben, akik a karmikus jelenetben is fontos szerepet játszottak. A következő eset jól illusztrálja ezt a szokatlan jelenséget:

Tanya, a két gyermekét egyedül nevelő 34 éves tanárnő azért járt LSD-pszichoterápiába, mert depresszió, szorongás és krónikus kimerültség gyötörte. LSD-üléseinek egyikén sikerült kigyógyulnia egy olyan fizikai problémájából, amelyet előző orvosai kivétel nélkül szervi eredetűnek tartottak. Tanya tizenkét éve szenvedett krónikus szinuszitiszben, amely időről-időre meghülés vagy allergia miatt erőteljes akut tüneteket produkált. A betegség röviddel azután alakult ki, hogy Tanya férjhez ment, és jelentős kellemetlenségeket okozott mindennapi életében. A fő tünetek közé tartozott a fejfájás, az arcban és a fogakban érzett erős fájdalom, az enyhe hőemelkedés, az orrfolyás, valamint a rendszeres tüsszögés és zihálás. Álmából számos alkalommal köhögési roham ébresztette fel, amely néha csak három-négy óra elteltével hagyott alább. Tanyán számtalan allergiavizsgálatot elvégeztek, és specialisták egész sora kezelte

őt antihisztaminokkal, antibiotikumokkal vagy a szinuszok fertőtlenítő öblögetésével. Miután minden próbálkozás kudarcot vallott, az orvosok operációt ajánlottak, de ezt Tanya visszautasította.

Egyik LSD-ülésén Tanya egy születési élmény újraélése közben hirtelen fulladni kezdett, a vér a fejébe toltult, és úgy érezte, a feje összepréselődik. Úgy vélte, a tapasztalt érzetek a szinuszitisz tüneteire hasonlók, csak jóval erőteljesebbek. Perinatális élmények egész sorozata után a folyamat végül egy inkarnációs emlék újraélésebe torkollott. Ebből az élményből kiderült, hogy a korábban átélt összepréselődés, fulladás és vértolulás valójában a vízbefúlás tünete volt. Tanya azt látta, hogy egy deszkára van kötözve, és emberek egy csoportja lassan, fokozatosan a víz alá ereszti őt. Drámai érzelmi leereaglását követően, amelyet sikoltozás, erőteljes fulladás, köhögés és nagy mennyiségű vastag, zöldes orrváladék távozása kísért, sikerült beazonosítania élménye helyszínét, a körülményeket és a jelenet szereplőit.

Az emléken Tanya fiatal lány volt egy New England-i faluban, akit szomszédai boszorkánynak tartottak, mert szokatlan, spirituális jellegű élményei voltak. A falusiak egy éjszaka megragadták a lányt, elvonszolták a közeli nyírfaligetbe, egy deszkára kötözték, és fejjel lefelé besüllyesztették egy hideg vízű tóba. Ahogy Tanya végignézett a kivégzőin, a hold fényében felismerte jelenlegi apja és férje arcát. Ekkor megvilágosodott benne, hogy jelenlegi életének számos eleme ezt a karmikus jelenetet ismétli. Életének vonatkozó aspektusai, köztük a férjével és az apjával való viszonya, illetve a kapcsolatokban működő interakciós minták hirtelen a legapróbb részletekig értelmet nyertek.

A New England-i dráma élménye, valamint Tanya ezzel kapcsolatos meglátásai - bármennyire meggyőzőek legyenek is szubjektív szinten - nem bizonyítják, hogy a fenti epizód valóban megtörtént, és azt sem, hogy ez okozta volna Tanya arcüreg-problémáit. Abbéli meggyőződését, hogy egy karmikus mintát élt újra, szintúgy nem tekinthetjük a reinkarnáció bizonyítékának. Az inkarnációs élmény újraélése azonban - minden érintett meglepetésére - egyszer és mindenkorra véget vetett a krónikus szinuszitisznek, amely Tanyát tizenkét éven át kínozta, és amely teljesen ellenállónak bizonyult a konvencionális kezelésekkel szemben.

Érdemes megjegyezni, hogy ez a terápiás mechanizmus nem csak a pszichedelikus állapotban működőképes. Hasonló megfigyelésekről adtak hírt azok a terapeuták is, akik praxisukban szermentes módszereket, például hipnózist, gestalt gyakorlatot vagy ós-sikoly terápiát használtak. Dennys Kelsey és Joan Grant (45) pácienseiket hipnotikus transzállapotba hozták, és azt sugallták nekik, hogy térjenek vissza időben arra a pontra, ahonnan érzelmi és fizikai problémáik erednek. Ennek során gyakran megesett, hogy az alany elmúlt inkarnációs emlékeket idézett fel, és azok újraélése révén oldotta meg a tüneteinek háttérében rejlő problémát.

Az említett kutatók egyik esetét külön is kiemelném, mivel igen jól példázza e terápiás mechanizmus működését. A páciens egy hölgy volt, aki betegesen irtózott a madarak szárnyától és tollától. Fóbiáját éveken át kezelték a hagyományos eljárásokkal, de számottevő eredményt nem sikerült elérni. Súlyos tünetét végül úgy sikerült meggyógyítani, hogy a beteg újraélt és drámai módon leereagált egy jelenetet, amelyre - szerinte - egyik korábbi inkarnációjában került sor. Az emléken saját magát perzsa harcosként azonosította, akit harc közben halálra sebzett egy nyílvesző. Miközben a harctéren fekvő haláltusáját vívta, keselyűk gyűltek köré és fokról-fokra egyre közelebb kerültek hozzá. A madarak csőrükkel a teste felé kapdostak, szárnyukkal pedig az arcát verdesték. Az élmény újraélése közben a páciens rájött, hogy madártoll-fóbiájának forrása ebben a szörnyű emléken rejtezik. Meglátása segítségével a tünetben rögzült érzelmi energiát sikerült teljes mértékben kieresztenie, és ez megszabadította őt fóbiájától.

Emmett Miller, (70) a "szelektív tudatosságnak" elkeresztelt hipnotikus technika kidolgozója szintén tett hasonló megfigyeléseket. Az Egyesült Államokban dolgozó pszichológusok és pszichiáterek között akadnak olyanok, akik kifejezetten arra specializálódtak, hogy klienseiket korábbi inkarnációikba regresszálják. A szcientológiai egyház auditálási eljárása szintén gyakran hoz felszínre inkarnációs emlékeket. Edgar Cayce, a "látó" gyakran utalt rá, hogy klienseinek problémái a karmikus szintről erednek. Az elmúlt inkarnációs emlékek spontán módon, a hétköznapi életben is jelentkezhettek, és ha beteljesülésüknek semmi nem szab gátat, pozitív hatással lehetnek az őket átélő alany életére. Mindezt átgondolva felvetődhet a kérdés, hogy vajon a hatékony terápiás beavatkozás hány lehetőségét szalasztottuk el eddig azért, mert a karteziánus-newtoni alapokon álló pszichiáterek nem tudtak mit kezdeni azzal, hogy pácienseik hozzáférnek a karmikus szint élményeire. A transzperszonális élmények a szkizofrénia terápiás megközelítésében is fontos szerepet játszhatnak (lásd Milada esetét a könyv 143. oldalán).

Az *ancesztrális emlékek* újraéléseinek szintén lehet terápiás jelentősége. Bizonyos esetekben a páciens problémája akkor oldódik meg, amikor az illető újraél egy emléket, amelyre - úgy tűnik - az egyik felmenője

életében került sor. Pácienseim között többen is voltak, akik intrapszichikus problémájukat a felmenőik közti konfliktusok internalizált lenyomataként azonosították, és a megoldást is ezen a szinten találták meg. A pszichopatológiai és pszichoszomatikus tünetek némelyike a *növényi* vagy az *állati tudatosság* elemeire vezethető vissza. Egy női páciensem komplex és bizarrnak tűnő érzetei akkor múltak el, amikor az illető rászánta magát, hogy teljes mértékben azonosuljon egy fával, és megértette, hogy korábbi érzetei a növényi tudatosság elemeit tükrözik. Egy másik páciensnél a súlyos szénanáthát kísérő szokatlan fizikai érzetéről és tünetekről kiderült, hogy azok valójában egy állatfaj létélményéből származnak. A szóban forgó problémák komplexitását és mélységét illusztrálандó szeretnék leírni egy esetet, amely - kérdéses terápiás kimenetele ellenére - fölöttébb érdekes meglátásokkal szolgált.

A közelmúltban felkeresett Arthur, a 46 éves matematikus, aki egy időben sokat kísérletezett LSD-vel didaktikai és önismereti célból. Akkori ülésén sokat foglalkozott az embrionális fejlődés és a születés körüli komplikációkkal, amelyek az ő esetében speciális jelentőségre tettek szert, mivel volt egy ikertestvére. Látomásaiban gyakran találkozott komplex geometriai formájú lényekkel, akik iránt furcsa és megmagyarázhatatlan vonzódást érzett. Akkoriban nem értette, miért töltött annyi időt ezeknek a bizarr és érthetetlen alakzatoknak a társaságában.

Több év elteltével - jóval az LSD-ülések befejezése után - Arthur egy jelentős szellemi erőfeszítést kívánó feladaton dolgozott. Több hónapon át nagyon keveset aludt, sok kávé ivott és napi két doboz cigarettát szívott. A hosszas megerőltetéstől a szíve felmondta a szolgálatot, és Arthur kórházba került. A szívrohamot követő lábadozási periódusban eljutott hozzá Ernst Haeckel *A természet művészi formái* (35) című munkája, amelyben metszetek sorozata mutatja be az evolúciós lánc egyes állomásaihoz tartozó állati formákat. Legnagyobb meglepetésére a könyvben többet is felfedezett azon formák közül, amelyeket annak idején az LSD-élményeiben látott. Ekkor megértette, miről is szólt valójában a folyamat, amelyet annak idején nem tudott beteljesíteni. Ikerhelyzete miatt magzati fejlődése speciális problémákba ütközött, amelyek mind valamilyen kapcsolatban álltak a szimmetriával. Az LSD-üléseken átélt víziókban saját magát látta, amint Haeckel biogenetikai törvényét² követve áthaladt a magzati fejlődés különböző stádiumain. Ennek kapcsán felismerte, hogy a szív - aszimmetrikus szerv lévén - milyen különleges problémát jelent az embriogenezisben. Megértette, hogy a matematika, a szimmetria és a természet geometriai formái iránt tanúsított, egész életét végigkísérő érdeklődése ezekből az élményekből táplálkozik.

Más páciensek LSD-élményeiken keresztül felfedezték, hogy tüneteiket, attitűdjeiket és viselkedésmintáikat egy tudattalanban rejlő *archetipikus struktúra* irányítja. E struktúra negatív hatása megszüntethető, ha az alany teljes mértékben azonosulni tud a probléma kialakulásában szerepet játszó archetipikus entitásokkal. Ezek az energiaformák néha annyira idegenszerűek, hogy a rájuk hangolódott LSD-alanyokat nézve azt gondolhatnánk, szellem szállta meg őket. A terápiás eljárás ilyenkor ördögűzési szertartáshoz válhat hasonlatossá, ami mind a páciens, mind a terapeuta számára igen megterhelő lehet. Az alábbi történet a legdrámaibb példája ennek a jelenségnek, amellyel valaha találkoztam. Ez az eset abban is különbözik a hozzá hasonló egyéb epizódoktól, hogy a jelenség fennállása idején a betegnek teljes amnéziája volt.

Amikor a Maryland Pszichiátriai Kutatóközpontban dolgoztam, egy alkalommal meghívtak a Spring Grove Állami Kórház dolgozói értekezletére. A kórházban dolgozó pszichiáterek egyike bemutatta Flora, a 28 éves egyedülálló páciens esetét, akit több mint nyolc hónapja kezeltek az intézmény zárt osztályán. A betegen minden szóba jöhető terápiát kipróbáltak: kísérleteztek nyugtatókkal, antidepresszánsokkal, pszichoterápiával és foglalkozás-terápiával is, de próbálkozásaik nem jártak sikerrel. A lány menthetetlennek tűnt, és számíthatott rá, hogy idővel az elfekvőbe kerül. Tünetegyüttese és problémái komplikáltságukat tekintve mindent felülmúltak, amivel addigi praxisomban találkoztam. Tizenhat évesen tagja volt egy bandának, akik fegyveres rablás elkövetése közben meggyilkoltak egy éjjeliőrt. Florát, aki a menekülésre szolgáló autót vezette, bűnrészességért négy évre lecsukták, majd feltételeken szabadlábra helyezték. A szabadulását követő viharos évek alatt a lány drogfüggővé vált. Alkoholizmusa és heroinfüggősége mellett gyakran, nagy dózisban használt pszichostimulánsokat, illetve barbiturátokat. Súlyos depresszióját erős szuicid késztetések kísérték: gyakran vágyott arra, hogy kocsiával letérjen a szerpentinről és a mélybe zuhanjon, vagy összeütközzék egy másik autóval. Ha egy szituációban érzelmileg izgatottá vált, hisztérikus hányási roham jött rá. Legkellemetlenebb panasza egy fájdalmas arcgörcs ("tic doloieux") volt, amelynek láttán a Johns Hopkins kórház idegsebésze azt javasolta, vágják el agyában a görcs kialakulásában szerepet játszó idegeket. Florának még soha életében nem volt heteroszexuális

kapcsolata, leszbikus irányultsága miatt belső konfliktusoktól és jelentős büntudattól szenvedett. A helyzetet tovább súlyosbította, hogy a lányt beidéztek a bíróságra, mert életveszélyesen megsebesítette barátját és szobatársát, amikor lőfegyverét heroin hatása alatt kísérelte meg kitisztítani.

Az értekezlet végén az előadó pszichiáter megkérdezte, hogy Flora esetében megpróbálkoznánk-e az LSD-pszichoterápiával. Kérdése komoly dilemma elé állított bennünket, mert az Egyesült Államokban épp ez idő tájt kezdett elhatalmasodni az LSD-t övező nemzeti hisztéria. Flora büntetett előéletű volt, fegyvereket tartott, és erőteljes szuicid hajlamai voltak. Biztosra vettük, hogy bármi történék is vele az LSD-kezelés után, azt az LSD befolyásának fogják tulajdonítani, és a helyzet megítélésénél nem lesznek tekintettel a lány előtörténetére. Ugyanakkor láttuk azt is, hogy Flora orvosai mindent kipróbáltak, és ha a lány állapota nem javul, egész hátralévő életét az elfekvőben töltheti. Végül úgy döntöttünk, vállaljuk a kockázatot, és elfogadtuk jelentkezését az LSD-programba.

Flora első két nagy dózisu LSD-ülése a szokásos menetrend szerint zajlott: ülésein újból átélte viharos gyermekkorára meghatározó helyzeteit, majd több alkalommal is keresztülment a születésért folytatott "véres csata" különböző stádiumain. Úgy érezte, közeli kapcsolat van erőteljes szuicid készletesei és fájdalmas arcgörcse, valamint a születési trauma egyes aspektusai között. Bár az átélései során nagy mennyiségű intenzív érzelmtől és fizikai feszültségtől szabadult meg, állapota csak minimális mértékben javult.

A harmadik LSD-ülés felfutó szakaszában semmi különös nem történt; Florának hasonló élményei voltak, mint a korábbi két alkalommal. Két óra elteltével azonban arról kezdett panaszkodni, hogy az arcgörcse kezd elviselhetetlenné válni. Arca groteszk módon eltorzult, majd a szemünk láttára átment egy olyan arckifejezésbe, amelyet leginkább a gonosz álarcként lehetne leírni. Flora ekkor mély, férfiu hangon kezdett beszélni, és egész lénye oly mértékben elváltozott, hogy semmilyen kapcsolatot nem találtam megjelenése és korábbi énje között. A szemeibe leírhatatlan gonoszság költözött, kezei megmerevedtek, ujjai pedig karomszerűen begörcbültek.

Az idegen energia, amely testébe és hangjába költözött, azt állította magáról, hogy ő az ördög. Mondanivalóját közvetlenül nekem címezte: felszólított, hogy maradjak távol Florától, és hagyjak fel minden megsegítésére irányuló próbálkozással. Azt állította, hogy Flora az övé, és mindenkit megbüntet, aki megpróbálja elvenni tőle. Vészjóslóan ecsetelte, milyen szörnyű sors vár rám, a kollégáimra és az LSD-programra, ha parancsainak ellenszegülök. Írásban nehéz visszaadni azt a hátborzongató hangulatot, amely a történet hatására eluralkodott rajtunk; a kezelőszobában szinte tapintható volt a gonosz jelenléte. A fenyegetések hatását csak fokozta, hogy a közlésekben szereplő, magánéletemet érintő tényekről a páciensnek nem lehetett tudomása.

Ez a helyzet metafizikai mélységű érzelmi stresszt váltott ki belőlem. Bár vezettem már olyan LSD-üléseket, ahol hasonló megnyilvánulásokra került sor, ezek soha nem voltak ennyire realiztikusak és meggyőzőek. Erőt vett rajtam a félelem, és csak nagy nehézségek árán tudtam kontrollálni azt a készletésemet, hogy aktív küzdelemben bocsátkozzak a gonosz jelenléttel. Fejemben száguldottak a gondolatok, megpróbáltam kitalálni, mi lenne a helyzet kezelésének legjobb módja. Emlékszem, egy ponton még az is felötlött bennem, hogy a terapeuták eszköztárában nem ártana egy feszületet is rendszeresíteni. Nyilvánvaló volt számomra, hogy a jelenség, amelynek tanúivá váltunk, egy archetípus megnyilvánulása, és a kereszt ilyen körülmények között hasznos lehetett volna, mint archetipikus ellenszer.

Nemsokára rájöttem, hogy az érzelmeim - legyen szó félelemről vagy agresszióról - az entitást egyre valóságosabbá teszik. Erről eszembe jutottak azok a tudományos-fantasztikus történetek, amelyekben az idegen lények a szereplők érzelmein élőködnek. Végül felfogtam, hogy a helyzet megoldása érdekében nyugodtnak és kiegyensúlyozottnak kell maradnom. Elhatároztam, hogy meditálni fogok: Flora görcsbe feszült kezét a kezemben tartva felidéztem, milyen volt azelőtt, hogy az idegen energia a hatalmába kerítette volna. Eközben egy mindkettőnk magába záró, védelmet nyújtó fénygömböt vizualizáltam, mert intuitíve ez tűnt a legjobb megoldásnak. A Floráért folytatott küzdelemem több mint két órán keresztül tartott, ám ez az időtartam szubjektíve egy örökkévalóságnak tűnt.

Végül Flora kezéből kioldódott a görcs, és arca visszanyerte szokásos kifejezését. Mindez ugyanolyan hirtelen történt, ahogyan elkezdődött. Florát kérdezgetve hamar kiderült, hogy a történetekből semmire sem emlékszik. Az ülésről készült írásbeli beszámolóját a felfutó szakasz leírása után egyből a "megszállottságot" követő szakasz leírásával folytatta. Amnéziáját látva kételkedni kezdtem abban, van-e értelme elmondanom, mi történt a hiányzó két óra alatt. Nem láttam okát annak, hogy éber tudatát ilyen bizarr, macabré témával terheljem.

Ez az ülés - legnagyobb meglepetésemre - lenyűgöző terápiás áttöréshez vezetett. Florából teljesen eltűntek a szuicid tendenciák, és megtanulta értékelni az életet. Többé nem ivott alkoholt, és nem használt sem heroint, sem barbiturátokat. Időről-időre eljárt Catonsville-be, ahol egy kis vallási csoport összejövetelein vett részt. Arcgörcse szintén kiengedett, és bár a fájdalom néha még visszatért, soha nem

vált olyan intenzív, hogy gyógyszerekre lett volna szükség. Elkezdett kísérletezni a heteroszexuális kapcsolatokkal, és idővel férjhez is ment. Szexuálisan azonban nem sikerült beilleszkednie: bár képes volt a közöszülésre, azt fájdalmasnak és kellemetlennek találta. Házasságát így három hónap múlva felbontotta, és visszatért korábbi leszbikus életmódjához, amely már nem okozott neki akkora büntudatot, mint azelőtt. Állapota oly mértékben javult, hogy munkába állhatott egy taxivállalatnál. Bár Flora élete az ezt követő években sem volt teljesen kiegyensúlyozottnak mondható, a pszichiátriai kórházba - amely egész életére az otthonává válhatott volna - soha többé nem kellett visszatérnie.

Az LSD-kutatással eltöltött húsz év során számtalanszor megbizonyosodhattam a transzperszonális élmények rendkívüli terápiás értékéről. Az LSD-pszichoterápiával foglalkozó szakembereknek - szakmai és filozófiai álláspontjuktól függetlenül - tudatosítaniuk kell ezen élmények terápiás potenciálját, és támogatniuk kell klienseiket, amikor az önkutatás folyamatában a transzperszonális szintre lépnek.

A jelenleg létező pszichológiai iskolák közül nincs olyan, amely az e fejezetben tárgyalt terápiás mechanizmusok mindegyikét ismerné, és azok működését meg is tudná magyarázni. Az egyes iskolák a tudattalan más-más részterületeivel foglalkoznak, és mindegyikük csak a saját területén tud útmutatással szolgálni. A freudi pszichoanalízist például jól hasznosíthatjuk azokon az LSD-üléseken, amelyek főként az élettrajzi anyag feltárásával foglalkoznak. Rank rendszere - pár lényeges módosítással - jól alkalmazható a halál-újjászületési folyamat biológiai aspektusainak megragadására. A reichiánus és a neoreichiánus megközelítések igen hasznos elméleti és gyakorlati segítséget nyújtanak ahhoz, hogy kezelni tudjuk az önélettrajzi és a perinatális szint fizikai és energetikai aspektusait. Jung és követői a transzperszonális birodalmak több fontos területét feltérképezték. A pszichedelikus folyamat átfogó megértését azonban a fenti rendszerek egyike sem teszi lehetővé, így bármelyikük kizárólagos alkalmazásával végeredményben anti-terapeutikus hatást érünk el. Ezen a téren a pszichológia és a pszichoterápia sokat tanulhatna a modern fizikától. Az elméleti fizikus Geoffrey Chew (20) nemrégiben megalkotta a világegyetem forradalmian új megközelítését, az ún. "*bootstrap*" *természetfilozófiát*. Ebben a megközelítésben az univerzum nem egy gigantikus óramű, a newtoni mechanika törvényeinek engedelmeskedő objektumok összessége, hanem egymással kölcsönös összefüggésben álló események végtelenül bonyolult hálózata. E hálózatban egyetlen rész sem tekinthető alapvetőnek: az egyes részek sajátosságait a velük kapcsolatban álló más részek sajátosságai határozzák meg, és a hálózat struktúrája végső fokon e kapcsolatok konzisztenciájától függ. A valóság analizésére tett kísérletek így egyformán önkényesek, és valamennyi tudományos elmélet csupán közelíti a valóságot.

A tudatkutatás területén Geoffrey Chew filozófiájához Ken Wilber (103) *spektrum-pszichológiája* áll a legközelebb. Wilber szerint a pszichológia tudományának egyes iskolái a tudatosság más-más szintjeiről vagy sávjairól adnak leírást, és önmagukban véve nem alkalmasak a psziché totalitásának megragadására. A hatékony LSD-pszichoterápia szempontjából igen lényeges, hogy az önkutatás folyamatát a spektrum-pszichológia nézőpontjából és a "bootstrap"-filozófia szellemében közelítsük meg. Bármilyen komplex elméleti modellt alkossunk is, a rendelkezésünkre álló adatok szervezésével csupán a valóság adott helyen és adott időben hozzáférhető szeletére adhatunk hozzávetőleges magyarázatot. Modelljeinket nem szabad a világ pontos és kimerítő leírásaiként kezelni. Aki a tudományos haladás oldalán áll, az nem tehet abszolút kijelentéseket: elméleteinknek elegendően rugalmasnak kell lenniük ahhoz, hogy reagálni tudjanak az új megfigyelésekre, sőt, szükség esetén be is kell hódolniuk azoknak. A valóság a legkifinomultabb és legátfogóbb elméletnél is tágasabb és bonyolultabb. Ha az értelmezéshez használt elméleti rendszert a valóságra vonatkozó "igazságnak" gondoljuk, akkor ez előbb-utóbb interferálni fog a terápiás folyamattal, és komoly akadályt gördíthet azoknak a pácienseknek a kezelése elé, akik élményei az illető rendszerbe nem illeszthetők be.

Jelenlegi álláspontom szerint minden érzelmi és pszichoszomatikus tünet háttérben egy-egy energiablokk húzódik meg. A páciens tünetei a blokkok által elzárt, megnyilvánulásra törő élmények sűrített reprezentációiként is felfoghatók. A terapeuta feladata az, hogy segítse az elfojtott energia mobilizálását és biztosítsa az alany élményeinek szabad áramlását. Hajlandónak kell lenniük rá, hogy támogassuk és visszaigazoljuk ezt a folyamatot, amíg az nem veszélyezteti a kliens vagy mások testi épségét. Végső fokon lényegtelen, hogy az alany élménye milyen formát ölt: lehet gyermekkori emlék, születési élmény, karmikus konstelláció, filogenetikus epizód vagy démoni megnyilvánulás - a lényeg, hogy az illető mindvégig együtt haladjon a folyamattal és teljesen odaadja magát annak. A terapeutának elegendően nyitottnak kell lennie ahhoz, hogy a klientst bátorítani tudja a folyamat követésében, tekintet nélkül arra, hogy az milyen tartalmakban jut kifejeződésre. Egy tapasztalati gestalt beteljesítése akkor is terápiás hatású, ha az alany a

folyamatot intellektuálisan nem képes megragadni. A folyamat beteljesítése után a terapeuta és a kliens kísérletet tehetnek az átéltek értelmezésére, amelyhez a freudi pszichoanalízist, Rank pszichológiáját, C. G. Jung elméleti konstrukcióit, a tibeti buddhizmust, az alkímiát, a kabbalát és a tudat más ősi térképeit, egy konkrét kultúra mitológiáját vagy valamelyik spirituális rendszert is felhasználhatják. Mivel a terápiás haladás nem függ az élmények intellektuális feldolgozásától, jól tesszük, ha utóbbit érdekes, akadémiai jellegű gyakorlatként kezeljük. Bár a felszínen úgy tűnhet, ezzel az intellektuális anarchiát támogatjuk, ami hosszú távon elméleti káoszhoz vezet, e megközelítésnek megvan a maga logikája, amely szervesen kapcsolódik az univerzum és az emberi lény természetére vonatkozó új modellünkhöz. Ezeket a kérdéseket a könyvsorozat következő kötetében fogjuk kifejteni.

JEGYZETEK

1. E megfigyelés lehetséges szociálpolitikai következményeit részletesen tárgyaltam "A háborúk, a totalitarizmus és a forradalmak perinatális gyökerei" című cikkemben. (33)
2. Ernst Haeckel biogenetikai törvénye kimondja, hogy a szervezet az egyedfejlődés (ontogenezis) során sűrített formában megismétli azokat a fejlődési állomásokat, amelyeken a faj a törzsfjlődés (filogenezis) során keresztülment.

10 EPILÓGUS: AZ LSD-PSZICHOTERÁPIA JÖVŐJE

A könyv előző fejezeteiben megpróbáltam kifejtetni és példákkal illusztrálni azt a meggyőződésemet, hogy az LSD a tudat kutatás különleges és hatékony eszköze, amellyel feltárhatjuk az emberi elmét és megismerhetjük az emberi természetet. A szer használata révén a tudat olyan mélységeihez férünk hozzá, amelyek a pszichológia és a pszichiátria mainstream irányzatai előtt ma még ismeretlenek. Az LSD-vel végzett kutatás emellett a terápiás változás és a személyiségtranszformáció új lehetőségeire és mechanizmusaira is fényt derített. Bár a szer hatása alatt átélt élmények sokszor zavarba ejtőek, és értelmezésüknél a jelenleg használt elméleti rendszerek rendre csődöt mondanak, ebből nem következik, hogy a hatás teljesen kiszámíthatatlan lenne. Az LSD biztonságos és hatékony használatához a pszichoterápia elméletének és gyakorlatának gyökeres revíziója szükséges. Az eddigi kutatások feltárták azokat a szabályokat és alapelveket, amelyek követésével maximalizálhatjuk a pszichedelikus kezelés hasznát és minimálisra csökkenthetjük a kockázatot.

A jelen helyzetben nehéz lenne megjósolni, hogy az LSD-pszichoterápiára milyen jövő vár. Bár a szer használható biztonsággal és hatékonyan is, ez önmagában nem elegendő a pszichedelikus terápia legitimációjához. A kérdést érzelmi, közgazgatási, politikai és jogi természetű tényezők is bonyolítják. Az LSD-vel végzett kutatások azonban már így is jelentősen hozzájárultak a pszichiátria elméletéhez és gyakorlatához. A könyvben több helyen említettem, hogy az LSD a mentális folyamatok katalizátora vagy erősítője, és szakértő kezekben a pszichiátria mikroszkópjaként vagy teleszkópjaként hasznosítható. Az LSD-vel végzett kísérletek eredményei és a levont következtetések akkor is értékesek és relevánsak maradnak, ha a jövőben többé nem kerül sor LSD-kutatásra.

Az LSD-pszichoterápia elméleti és gyakorlati eredményei közé tartozik az emberi tudat kiterjesztett térképe, az új, hatékony terápiás mechanizmusok felfedezése, a pszichoterápia újfajta megközelítése, valamint a spiritualitás és a tudomány transzperszonális kontextusban megvalósuló szintézise. A miszticizmus, a modern tudat kutatás és a kvantum-relativisztikus fizika korunkban zajló gyors konvergenciája arra utal, hogy a pszichedelikus kutatás emellett a valóság természetére vonatkozó ismereteinkhez is hozzájárulhat.

Nem tagadjuk, hogy a pszichedelikus kísérletezésnek megvannak a maga veszélyei és csapdái. Ám a felfedezetlen területekre induló expedíciók soha nem voltak mentesek a kockázattól. Wilhelm Conrad Röntgen, a röntgensugárzás felfedezője kísérletei következtében az ujjait veszítette el. A polgári repülés hőskorában a pilóták halálozási aránya 75 százalék körül mozgott. Úgy tűnik, a kockázat mértéke mindig egyenes arányban áll egy felfedezés jelentőségével és potenciáljával: a puszkapor feltalálása például jóval kevesebb kockázattal járt, mint a nukleáris energia kifejlesztése. Az LSD elképesztő hatékonyságú eszköz; a benne rejlő pozitív és negatív potenciált több mint húsz évnyi kutatás után is lenyűgözőnek találom. A pszichedelikus kutatások felfüggesztésével nem csupán egy érdekes szer vagy szerccsoport tanulmányozásáról kellett lemondanunk, hanem az emberi elme és tudat megismerésének egyik legígéretesebb módszeréről is.

A törvényi szabályozás jelenleg nem teszi lehetővé, hogy az LSD-vel kutatásokat folytassunk vagy a szert a pszichoterápiában alkalmazzuk. Nehéz megjósolni, hogy a jövőben ezen a téren lesz-e változás, bár vannak arra utaló jelek, hogy a közhangulat a jelenleginél kedvezőbb irányba fog elmozdulni.

Az LSD-pszichoterápia egyik fő problémáját mindig is a pszichedelikus élmény szokatlan természete és tartalma jelentette. Az LSD-ülésekre jellemző intenzív érzelmi és fizikai lereagálás szöges ellentétben állt a pszichoterápia megszokott gyakorlatával, amely a négy szemkört zajló beszélgetésekre és a kanapén fekvő, fegyelmezett beteg szabad asszociációira korlátozódott. A születés, a halál, az örület, az érzékeken túli észlelés, a kozmikus egység, az archetipikus entitások és az inkarnációs emlékek nagyon messzire estek az akkori pszichiátria hagyományos témáitól, amelyek főként az életrajzi anyagra koncentráltak. A szakemberek többsége tartózkodóan, sőt félelemmel viszonyult a pszichedelikus szerek által megnyitott tapasztalati világokhoz, és akarva-akaratlanul a pszichózist társította hozzájuk. A mai terapeuták közül sokan jóval elfogadóbbak az intenzív érzelmi kitörések, a drámai fizikai megnyilvánulások vagy a perinatális és transzperszonális élmények iránt, mivel ezek gyakran előfordulnak az olyan új tapasztalati terápiákban, mint a Gestalt-gyakorlat, az encounter csoportok, a maratonok és nudista maratonok, az ős-sikoly terápia vagy a különféle neoreichiánus megközelítések. Számos modern terapeuta értékeli és bátorítja azokat a drámai élményeket, amelyeket a klasszikus analitikusok veszélyes acting-outnak bélyegeztek, és nem ritkán a kezelés azonnali felfüggesztését, sőt a páciens pszichiátriai kórházba való utalását vonták maguk után. A

szkizofrénia modern megközelítései között szintén találunk olyanokat, amelyek a pszichotikus folyamat kémiai elnyomása helyett annak minél teljesebb átélését hangsúlyozzák. Ezen terapeuták számára a pszichedelikus szerek bevezetése logikus lépés lenne, hiszen a szer segítségével felgyorsíthatnák és elmélyíthetnék ezt a folyamatot.

Az LSD feltűnésekor javában zajlott a pszichofarmakológiai forradalom: a nyugtatókkal és antidepresszánsokkal elért korai sikerek hatására sokan hittek abban, hogy az új gyógyszerekkel a pszichiátria legtöbb problémáját orvosolni fogjuk. Ez a lelkesedés azonban rövid életű volt: a betegek gyógyszeres kezelésében szerzett tapasztalatok nyilvánvalóvá tették, hogy a nyugtatók és az antidepresszánsok végső soron csak tüneti kezelésre alkalmasak. Ezek a szerek nem oldják meg a beteg problémáját, és súlyos esetben életre szóló függőséget alakítanak ki. A szakirodalomban egyre több cikket olvashatunk e szerek gyakori használatának veszélyeiről, köztük a tardív diszkinéziával járó visszafordíthatatlan neurológiai károsodásról, a retina degeneratív elváltozásáról vagy az elvonási tünetekkel járó fizikai függőségről.

A pszichedelikus kutatások jövőbeli megítélését a társadalmi átalakulások is befolyásolhatják. A társadalmilag releváns pozíciót betöltő emberek között egyre többen vannak, akik egyetemi éveik alatt intenzíven kísérleteztek pszichedelikus szerekkel. Aki fiatalabb korában maga is részesült a pszichedelikus élményben vagy a pszichedelikus folyamatot közeli barátain és rokonain tanulmányozhatta, az független véleményt alkot a kérdésről, így kevésbé lesz ráutalva a másodkézből származó információra. Valószínűleg e korosztály aktív korba lépésének köszönhető az is, hogy sok amerikai államban kezdenek ésszerűbbé válni a marihuána-törvények. Biztató jel lehet, hogy a pszichedelikumok rituális célú és felelősségteljes használatát több ősi társadalom és preindusztriális kultúra is sikerrel integrálta a társadalom szövetébe.

BIBLIOGRÁFIA

- 1 Abramson, H. A.: LSD-25 as an Adjunct to Psychotherapy with Elimination of Fear of Homosexuality. *J. Psychol.* 39:127, 1955
- 2 Abramson, H. A., ed.: *The Use of LSD in Psychotherapy*, Josiah Macy Foundation Publications, New York, 1960
- 3 Anderson, E. W.; Rawnsley, K.: Clinical Studies of LSD-25. *Mschr. Psychiat. Neurol.* 128:38, 1954
- 4 Arendsen-Hein, G. W.: LSD in the Treatment of Criminal Psychopaths. *Proc. of the Royal Medico-Psychological Association*, London 1961. Charles C. Thomas, London, 1963.
- 5 Arendsen-Hein, G. W.: Personal communication
- 6 Asperen de Boer, S. R. van; Barkema, P. R.; Kappers, J.: Is It Possible to Induce ESP With Psilocybin? *Internat. J. Neuropsychiat.* 2:447, 1966
- 7 Bastians, A.: *Der Mann im Konzentrationslager und der Konzentrationslager im Mann*. Mimeographed lecture
- 8 Becker, A. M.: Zur Psychopathologie der Lysergsäurediäthylamidwirkung. *Wien Ztschr. Nervenheilk.* 2:402, 1949
- 9 Belsanti, R.: Modificazioni psuro-psicobiochemiche indotte dalla LSD in schizofrenici e frenastenici. *Acta neurol. (Napoli)*, 7:340, 1952
- 10 Benedetti, G.: Beispiel einer strukturanalytischen und pharmakodynamischen Untersuchung an einem Fall von Alkoholhalluzinose, Charakterneurose und psychoreaktiver Halluzinose. *Z. Psychother. med. Psychol.* 1:177, 1951
- 11 Bentov, I.: *Stalking the Wild Pendulum*. E. P. Dutton, New York, 1977
- 12 Blewett, D.: Psychedelic Drugs in Parapsychological Research. *Internat. J. Parapsychol.* 5:43, 1963
- 13 Bohm, D.: Quantum Theory as an Indication of a New Order in Physics. Part A. The Development of New Orders as Shown Through the History of Physics. *Foundation of Physics.* 1:359, 1971; Part B. Implicate and Explicate Order in Physical Law. *Foundations of Physics.* 3:139, 1973
- 14 Bonny, H.; Pahnke, W. N.: The Use of Music in Psychedelic (LSD) Psychotherapy. *J. Music Therapy* 9:64, 1972
- 15 Bonny, H.; Savary, L. M.: *Music and Your Mind*. Harper & Row, New York, 1973
- 16 Brandrup, E.; Vangaard, T.: LSD Treatment in a Severe Case of Compulsive Neurosis. *Acta Psychiat. Scand.* 55:127, 1977
- 17 Busch, A. K.; Johnson, W. C.: LSD as an Aid in Psychotherapy, *Dis. Nerv. Syst.* 11:241, 1950
- 18 Capra, F.: *The Tao of Physics*. Shambhala Publications, Berkeley, California, 1976
- 19 Cavanna, R.; Servadio, E.: ESP Experiences With LSD-25 and Psilocybin: A Methodological Approach. *Parapsychological Monograph No. 5*, 1964

- 20 Chew, G. F.: Bootstrap: A Scientific Idea? *Science* 161:762, 1968
- 21 Condrau, G.: Klinische Erfahrungen an Geisteskranken mit LSD-25. *Acta Psychiat. Neurol. Scand.* 24:9, 1949
- 22 Deren, M.: *Divine Horsemen: The Living Gods of Haiti*. Thames and Hudson, London, 1953
- 23 Ditman, K. S.; Whittlesey, J. R. B.: Comparison of the LSD-25 Experience and Delirium Tremens. *Arch. gen. Psychiat.* 1:47, 1959
- 24 Dubánsky, J. et al.: Personal communication
- 25 Eysenck, H. J.; Rachman, S.: *The Causes and Cures of Neurosis*. R. R. Knap, San Diego, 1965
- 26 Feld, M.; Goodman, J. R.; Guido, J. A.: Clinical and Laboratory Observations on LSD-25. *J. Nerv. Ment. Dis.* 126:176, 1958
- 27 Fogel, S.; Hoffer, A.: The Use of Hypnosis to Interrupt and to Reproduce an LSD-25 Experience. *J. Clin. Exper. Psychopathol.* 23:11, 1962
- 28 Frederking, W.: Intoxicant Drugs (Mescaline and LSD-25) in Psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 121:262, 1953
- 29 Freud, S.; Breuer, J.: *Studies in Hysteria*. Translated by A. A. Brill. Nervous and Mental Diseases Publishing Co., New York, 1936
- 30 Giberti, F.; Gregoretti, L.; Boeri, G.: L'impiego della LSD nelle psicone vrosi. *Sist. nerv.* 4:191, 1956
- 31 Godfrey, K.: Personal communication
- 32 Grof, S.: *Realms of the Human Unconscious: Observations from LSD Research*. E. P. Dutton, New York, 1976
- 33 Grof, S.: Perinatal Roots of Wars, Totalitarianism and Revolutions. *J. Psychohistory* 4:269, 1977
- 34 Grof, S.; Halifax, J.: *The Human Encounter With Death*. E. P. Dutton, New York, 1977
- 35 Haeckel, E.: *Art Forms in Nature*. Dover Publications, Inc., New York, 1974
- 36 Harman, W. W.; Fadiman, J.: Selective Enhancement of Specific Capacities Through Psychedelic Training. In B. Aaronson and H. Osmond, eds.: *Psychedelics*. Doubleday Publications, Garden City, New York, 1970, p. 239
- 37 Herbert, N.: *Mind Science: A Physics of Consciousness Primer*. C-Life Institute, Boulder Creek, California, 1979
- 38 Hofmann, A.: The Chemistry of LSD and Its Modifications. In D. V. Sivasankar et al.: *LSD - A Total Study*. PJD Publications Ltd., Westbury, New York, 1975
- 39 Hugo, V.: *Les Misérables*. Fawcett Publishing Co., New York, 1978
- 40 Izumi, K.: LSD and Architectural Design. In B. Aaronson and H. Osmond, eds.: *Psychedelics*. Doubleday Publications, Garden City, New York, 1970, p. 381

- 41 Jost, F.: Zur therapeutischen Verwendung des LSD-25 in der klinischen Praxis der Psychiatrie. Wien Klin. Wschr. 69:647, 1957
- 42 Jost, F.; Vicari, R.: Zu den Provokationsverfahren in der Medizin (LSD als Provokationsmittel). Medizinische Nr. 8:319, 1958
- 43 Jung, C. G.: A Review of the Complex Theory. In: Collected Works of C. G. Jung. 8:92. Bollingen Series XX, Princeton University Press, Princeton, N. J., 1960
- 44 Jung, C. G.: Synchronicity: An Acausal Connecting Principle. In: Collected Works of C. G. Jung. 8:417, Bollingen Series XX, Princeton University Press, Princeton, N. J., 1960
- 45 Kelsey, D.; Grant, J.: Many Lifetimes. Doubleday Publishing Company, Garden City, New York, 1967
- 46 Koestler, A.: The God That Failed. In: Six Studies in Communism. Hamish Hamilton, London, 1950
- 47 Koestler, A.: Arrow in the Blue. Hamish Hamilton, London, 1952
- 48 Koestler, A.: The Act of Creation. Dell Publishing Co., New York, 1964
- 49 Krippner, S.: The Cycle in Deaths Among U. S. Presidents Elected at Twenty-Year Intervals. Internat. J. Parapsychol. 145, 1967
- 50 Krippner, S.; Davidson, R.: Paranormal Events Occurring During Chemically Induced Psychedelic Experience and Their Implications for Religion. J. Altered States of Consciousness 1:175, 1974
- 51 Krippner, S.: Research in Creativity and Psychedelic Drugs. Internat. J. clin. exp. Hypnosis 25:274, 1977
- 52 Laing, R. D.: Politics of Experience. Ballantine Books, New York, 1976
- 53 Lamb, F. B.: Wizard of the Upper Amazon: The Story of Manuel Cordova-Rios. Houghton Mifflin Co., Boston, 1971
- 54 Leary, T.; Metzner, R.; Alpert, R.: The Psychedelic Experience: A Manual Based on the Tibetan Book of the Dead. University Books, New Hyde Park, N. Y., 1954
- 55 Leary, T. et al.: A New Behavior Change Program Using Psilocybin. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice. Vol 2: No 2, July, 1965
- 56 LeShan, L.: The Medium, the Mystic, and the Physicist: Toward a General Theory of the Paranormal. An Esalen Book, The Viking Press, New York, 1974
- 57 Leuner, H.: Die experimentelle Psychose. Springer-Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1962
- 58 Levine, J.; Ludwig, A. M.: The Hypnodelic Treatment Technique. In H. A. Abramson, ed.: The Use of LSD in Psychotherapy and Alcoholism. The Bobbs-Merrill Co. Inc., New York, 1967
- 59 Ludwig, A. M.; Levine, J.; Stark, L. H.: LSD and Alcoholism: A Clinical Study of Treatment Efficacy. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1970
- 60 MacLean, J. R. et al.: The Use of LSD-25 in the Treatment of Alcoholism and Other Psychiatric Problems. Quart. J. Stud. Alcoh. 22:34, 1961

- 61 Maier, G. J.; Tate, D. L.; Paris, B. D.: The F Ward LSD Community; The Use of LSD in a Therapeutic Community Within a Maximum Security Setting. Mimeographed paper
- 62 Martin, A. J.: LSD Treatment of Chronic Psychoneurotic Patients Under Day-Hospital Conditions. *Internat. J. sos. Psychiat.* 3:188, 1957
- 63 Maslow, A.: *Toward a Psychology of Being*. Van Nostrand, Princeton, N. J., 1962
- 64 Maslow, A.: *A Theory of Metamotivation: The Biological Rooting of the Value-Life*. In A. Sutich and M. A. Vich, eds.: *Readings in Humanistic Psychology*. The Free Press, New York, 1969
- 65 Masters, R. E. L.; Houston, J.: *The Varieties of Psychedelic Experience*. Dell Publishing Co., New York, 1966
- 66 Masters, R. E. L.; Houston, J.: *Psychedelic Art*. Grove Press, New York, 1968
- 67 Masters, R. E. L.; Houston, J.: *Mind Games: The Guide to Inner Space*. Dell Publishing Co., 1972
- 68 McCririck, P.: *The Importance of Fusion in Therapy and Maturation*. Unpublished mimeographed paper
- 69 McGovern, W.: *Jungle Paths and Inca Ruins*. Grosset and Dunlap, New York, 1927
- 70 Miller, E.: *Selective Awareness*. Offset Publication, Menlo Park, 1975
- 71 Mogar, R. E.: Current Status and Future Trends in Psychedelic (LSD) Research. *J. Humanistic Psychol.* 4:147, 1965
- 72 Orr, L.; Ray, S.: *Rebirthing in the New Age*. Celestial Arts, Milbrae, California, 1977
- 73 Osis, K.: *Psychobiological Research Possibilities; & A Pharmacological Approach to Parapsychological Experimentation*. In: *Proceedings of Two Conferences on Parapsychology and Pharmacology*. Parapsychology Foundation, New York, 1961
- 74 Osmond, H.: A Review of the Clinical Effects of Psychotomimetic Agents. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 66:418, 1957
- 75 Pahnke, W.: *The Good Friday Experiment*. Doctoral Dissertation, Harvard University, 1965
- 76 Pahnke, W. N.; Richards, W. A.: Implications of LSD and Experimental Mysticism. *J. Religion and Health* 5:175, 1966
- 77 Pahnke, W. N.; Kurland, A. A.; Unger, S.; Savage, C.; Grof, S.: The Experimental Use of Psychedelic (LSD) Psychotherapy. *J. Amer. Med. Assoc.* 212:1856, 1970
- 78 Pelletier, K. R.: *Toward a Science of Consciousness*. A Delta Book, New York, 1978
- 79 Perls, F.: *The Gestalt Approach - Eye Witness to Therapy*. Bantam Books, New York, 1976
- 80 Perry, J.: *The Far Side of Madness*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J., 1974
- 81 Pribram, K.: *Languages of the Brain*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J., 1971
- 82 Pribram, K.: *Problems Concerning the Structure of Consciousness*. In G. Globus et al.: *Consciousness and the Brain*. Plenum Publishing Corp, New York, 1976

- 83 Ram Dass: Remember, Be Here Now. Lama Foundation, San Cristobal, New Mexico, 1971, distributed by Crown Publishing, New York
- 84 Rappaport, M. et al.: Selective Drug Utilization in the Management of Psychosis. NIMH Grant Report, MH-16445, March, 1974
- 85 Rinkel, M.: The Psychological Aspects of the LSD Psychosis. In M. Rinkel, ed.: Chemical Concepts of Psychosis. McDowell, New York, 1958
- 86 Robinson, J. T. et al.: A Controlled Trial of Abreaction With LSD-25. *Brit. J. Psychiat.* 109:46, 1963
- 87 Roquet, S.: Operación Mazateca: Estudio de hongos y otras plantas allucinogenas Mexicanastratamiento psicoterapeutico de psicosis. Asociación Albert Schweitzer, Mexico City, 1971
- 88 Rothlin, E.: Pharmacology of LSD and Some of Its Related Compounds. In: Psychotropic Drugs. Elsevier Publishing Co., Amsterdam, 1957
- 89 Roubíček, J.; Srnc, J.: "Experimentální psychosa vyvolaná LSD (Experimental Psychosis Induced by LSD). *Čas. Lék čes.* 94:189, 1955
- 90 Roubíček, J.: Experimentální psychosy (Experimental Psychoses). Státní zdravotnické nakladatelství, Prague, 1961
- 91 Sandison, R. A.; Spencer, A. M.; Whitelaw, J. D. A.: The Therapeutic Value of LSD-25 in Mental Illness. *J. Ment. Sci.* 100:491, 1954
- 92 Sandison, R. A.; Whitelaw, J. D. A.: Further Studies in the Therapeutic Value of LSD-25 in Mental Illness. *J. Ment. Sci.* 103:332, 1957
- 93 Savage, C.; McCabe, O. L.: Psychedelic (LSD) Therapy of Drug Addiction. In C. C. Brown; C. Savage, eds.: The Drug Abuse Controversy. Friends Medical Science Research Center, Baltimore, Md., 1971
- 94 Silverman, J.: Acute Schizophrenia: Disease or Dis-Ease? In: Readings in Psychology Today. CRM Books, San Francisco, 1972
- 95 Silverman, J.: Stormy Journey Towards One's Self: On the story of Acute Schizophrenia and Other Diseases in Consciousness. Pending Publication
- 96 Stewart, K.: Dream Theory in Malaya. In Charles Tart, ed.: Altered States of Consciousness. Anchor Books, Garden City, New York, 1972
- 97 Stoll, W. A.: LSD, ein Phantastikum aus der Mutterkorngruppe. *Schweiz Arch. Neurol. Psychiat.* 60:279, 1947
- 98 Stoll, A.; Hofmann, A.; Troxler, F.: Ueber die Isomerie von Lysergsäure und Isolysergsäure. *Helv. chim. Acta.* 32:506, 1949
- 99 Tarnas, R.: Prometheus the Awakener. Pending publication
- 100 Tart, C.: Psychedelic Experiences Associated with a Novel Hypnotic Procedure, Mutual Hypnosis. *Amer. J. Clin. Hypnosis.* 10:65, 1967
- 101 Toben, B.; Sarfatti, J.: Space-Time and Beyond. E. P. Dutton, New York, 1975
- 102 Whittlesey, J. R. B.: Some Curious ESP Results in Terms of Variance. *J. Parapsychol.* 24:220, 1960

- 103 Wilber, K.: *The Spectrum of Consciousness. A Quest Book.* The Theosophical Publishing House, Wheaton, Ill., 1977
- 104 Woolley, D. W.; Shaw, E.: *A Biochemical and Pharmacological Suggestion About Certain Mental Disorders.* *Proc. Nat. Acad. Sci.* 40:228, 1954
- 105 Young, A. M.: *The Reflexive Universe.* Delacorte Press, New York, 1976

I. FÜGGELÉK: A pszichedelikumok felügyelet nélküli használata során bekövetkező krízisek kezeléséről

A hatvanas évek közepétől az LSD-vel és a többi pszichedelikummal már nem csak a pszichiátriai intézetekben és a klinikákon találkozhattunk, hanem a magánlakásokon és a köztereken is. A tömegek kontrollálatlan körülmények között zajló önkísérletezése alapjaiban definiálta újra az e szerekkel foglalkozó mentálhigiénés szakemberek szerepét. Míg azelőtt élen jártak a kutatásban, most sereghajtóvá lettek: nekik kellett eltakarítaniuk azt a romhalmazt, amelyet a pszichedelikus szcena felelőtlen önkísérletezése hagyott maga után. Ezt figyelembe véve nem meglepő, hogy korunk pszichiátriai és pszichológusai a pszichedelikumokat nem terápiás segédeszközként, hanem veszélyes kábítószerként tartják számon. Ezek a szakemberek az LSD-t nem a kutatásból származó tudományos eredmények, hanem a bulvársajtó rémhírei alapján ítélték meg, és az önkísérletezéssel járó balesetekért sem a felelőtlen szerhasználatot, hanem magát a szert tették felelőssé.

A szigorú jogi szabályozás gyakorlatilag véget vetett a pszichedelikus szerekkel folytatott tudományos kutatásnak, ám a tömegek felügyelet nélkül folytatott önkísérletezését nem sikerült visszaszorítani. Míg az utcán és az egyetemi campusok területén ma bárki hozzájuthat pszichedelikus szerekhez, egy komoly kutatónak csak a legkritikább esetben engedélyezik, hogy e szerek hatását tudományosan vizsgálja. A mentálhigiénés szakemberek így eléggé paradox helyzetbe kerültek: azt várják tőlük, hogy szakmai segítséget nyújtsanak egy olyan területen, amelyet senki nem kutathat, így nem áll a rendelkezésükre naprakész, tudományosan megalapozott információ. Bár a pszichedelikumok használata széles körben elterjedt, és a problémás esetek száma viszonylag magas, a laikusok és a szakemberek között csak elvétve találunk olyat, akinek reális ismeretei lennének a témáról.

A kialakult helyzetnek súlyos gyakorlati következményei vannak: a pszichedelikus szerek használatából fakadó krízisek kezelését végző szakemberek olyan hibákat követnek el, amelyekkel gyakran még tovább rontják a krízisben lévő személy állapotát. A probléma egészségügyi és társadalmi relevanciája miatt indokolt, hogy a kérdésnek különös figyelmet szenteljünk. Bár a pszichedelikus krízisek értelmezéséhez és a kapcsolódó problémák hatékony kezeléséhez szükséges ismeretek a könyv korábbi fejezeteiben nagyrészt megtalálhatók, ez a függelék külön áttekintést nyújt a legfontosabb tudnivalókról, és bemutatja ezek gyakorlati alkalmazását.

A PSZICHEDELIKUS KRÍZISEK TERMÉSZETE ÉS DINAMIKÁJA

A hatékony krízisintervenciónak elengedhetetlen feltétele, hogy tisztában legyünk a pszichedelikus folyamat dinamikájával. A pszichedelikus élményből eredő krízisek többnyire az alany tudattalanjában rejlő, potenciálisan patogén mátrixok exteriorizációiként foghatók fel. Ha megfelelően kezeljük őket, rendkívüli pozitív potenciállal rendelkeznek, és gyökeresen átalakíthatják az alany személyiségét. Nem megfelelő kezelésükkel azonban pszichés károsodást is előidézhethetünk, amelynek idült pszichotikus állapot és évekig tartó kórházi kezelés lehet az eredménye.

Mielőtt megtárgyalnánk a pszichedelikus krízisek körülményeit, okait és a krízisintervenció alapelveit, röviden áttekintjük az LSD-folyamat természetére és dinamikájára vonatkozó eddigi ismereteinket. Az LSD-nek nincs konzisztensen kimutatható szerspecifikus hatása, ehelyett a mentális folyamatok katalizátoraként vagy erősítőjeként működik. Segítségével feltárhathatjuk az emberi tudat rejtett dimenzióit, és felszínre hozhatjuk a mélyben lappangó tudattalan tartalmakat.

Az a személy, aki LSD-t vesz be, nem az "LSD-állapotot" éli át, hanem fantasztikus utazást tesz saját tudata rejtett mélységeibe. Az utazás alatt megtapasztalt jelenségek - képek, érzelmek, gondolatok és pszichoszomatikus folyamatok - nem a "toxikus pszichózis" tünetei, hanem az alany pszichéjében rejlő lehetőségek megnyilvánulásai. Az LSD hatása alatt álló személy rendkívüli érzékenységgel reagál a külső tényezőkre és az ülés körülményeire. Az extrafarmakológiai tényezőket összefoglaló néven "setnek" és "settingnek" nevezzük: ide tartoznak az alany szerrel kapcsolatos ismeretei, az élmény iránti attitűdje, a fogyasztás célja, valamint a szerhasználati szituáció fizikai és interperszonális elemei. A pszichedelikus krízisek kialakulásában tehát az alany tudattalanjának patogén konstellációi és a traumatikus külső körülmények egyaránt szerepet játszhatnak.

Egy LSD-ülésre ideális esetben egyszerű, esztétikus környezetben kerül sor, olyan emberek társaságában, akikkel az alany biztonságban érzi magát. Ha a körülmények rendezettek, és az ülést külső behatás nem zavarja meg, akkor az alany esetleges negatív élményeit a tudattalan traumatikus területein végzett munkaként értelmezhetjük. Az ülés kedvező kimeneteléhez fontos, hogy az alany mindvégig internalizálja az élményt, továbbá teljes egészében átélje és kifejezze mindazt, ami a tudattalából a felszínre bukkan. Ennek hiányában ingataggá válhat a tudattalan dinamikus egyensúlya: ha az alany védelmi rendszere legyengül, de a felszín közelébe került tudattalan anyagot nem sikerül feldolgozni, akkor nagyobb az esély a hosszan tartó reakciókra és a "flashbackekre".

A pszichedelikus ülésen nyitva maradt tapasztalati gestaltok beteljesítésének és integrálásának egyetlen módja az, ha tovább folytatjuk az ülésen megkezdett feltáró munkát. Fontos hangsúlyoznunk, hogy az LSD-folyamat önszabályozó jellegű: a pszichedelikus élmény okozta krízisek nagy része a folyamat során spontán megoldódik. Valójában épp azok az állapotok kecsegtetnek a legkedvezőbb kimenetellel, amelyek a legdrámaibbnak és a legviharosabbnak tűnnek. Ha a pszichedelikus ülés közepén nyugtatókat használunk, azzal súlyos hibát vétünk, és akár árthatunk is az alanyunknak. A nyugtatók meggátolják a problémát okozó érzelmi vagy pszichoszomatikus gestalt spontán kibomlását, és az élményt "befagyasztják" annak negatív fázisába. A legtöbb, amit tehetünk, hogy biztonságos környezetet teremtünk az alany számára, és támogatjuk a folyamatot, vagy legalábbis próbálunk nem beavatkozni annak spontán lefolyásába.

E rövid bevezető után visszatérhetünk a pszichedelikus önkísérletekkel járó komplikációk kérdéséhez. Bár az LSD-vel végzett klinikai kutatások során feltárt alapelvek a krízisintervencióban is jól alkalmazhatók, fontos látni, hogy a két helyzet gyökeresen eltér egymástól. A klinikai és a laboratóriumi kutatásban használt LSD gyógyszerészeti tisztaságú és kontrollált minőségű. A feketepiacon kapható szerek azonban nem felelnek meg ezeknek a követelményeknek. Az "utcán" kapható mintáknak csak töredéke tartalmaz viszonylag tiszta LSD-t; a feketepiaci készítményekben gyakran találunk szennyeződések, adalékanyagokat és más drogot. A laboratóriumban bevizsgált, utcáról származó mintákban találtak már amfetaminszármazékokat, STP-t, PCP-t, sztrichnint, benaktizint, sőt nyomokban vizeletet is. Volt eset, amikor az állítólagos LSD-minta a fenti anyagok valamilyen keverékéből állt össze, de LSD egyáltalán nem volt benne. Valószínűsíthető, hogy a felügyelet nélkül folytatott önkísérleteknél fellépő negatív reakciók kialakulásában az utcán beszerezhető szerek gyenge minősége is szerepet játszik. A szer minőségével és a dózis nagyságával kapcsolatos bizonytalanság, valamint az ebből fakadó félelem jelentősen befolyásolhatja az alany negatív élményekhez való hozzáállását: valószínű, hogy ezeket nem a tudattalanban rejlő anyag megnyilvánulásának, hanem a mérgezés vagy a túladagolás jelének fogja tartani.

Ettől függetlenül úgy tűnik, hogy a szer minősége, illetve az ezzel kapcsolatos bizonytalanság csak a negatív utóhatások viszonylag kis százalékáért felelős. A döntő az olyan extrafarmakológiai tényezők szerepe, mint az alany személyisége, a set és a setting.

Ha megvizsgáljuk a laikusok LSD-használatának körülményeit, jobban megérthetjük, hogy a felügyelet nélkül zajló önkísérleteknél miért olyan gyakori a krízishelyzet. A kísérletező személyek némelyike úgy fogyaszt a szerből, hogy semmilyen előzetes információja nincs annak lehetséges hatásairól. Az LSD-folyamat működését a laikusok többsége nem ismeri, és ez még a szer gyakorlott felhasználóira is igaz. Az LSD-t sokan élvezeti cikknek tartják, és egyáltalán nincsenek felkészülve a fájdalmas, félelmetes vagy dezorganizáló élményekre. A felügyelet nélkül folytatott önkísérletekre jellemzően kontrollálatlan, komplex settingben kerül sor, amelynek negatív elemei az élmény során könnyen traumatikussá válhatnak. A nyüzsgő nagyvárosok, a forgalmas autópályák, a zsúfolt rockkoncertek és diszkók vagy a zajos társadalmi események egyáltalán nem kedveznek a produktív önfeltárasnak és a tudattalan problémás területeivel való szembenézésnek.

Egy LSD-ülés sikeréhez és biztonságához elengedhetetlenül szükséges, hogy az alany teljes bizalommal legyen a kísérői iránt. A felügyelet nélkül zajló önkísérleteknél ez a feltétel csak ritkán teljesül. Az LSD hatása alatt álló egyént gyakran teljesen ismeretlen emberek veszik körül, és a barátai - ha jelen vannak - sokszor maguk is a szer hatása alatt állnak, vagy képtelenek rá, hogy tolerálják és kezeljék az alany intenzív és drámai élményeit. Ha egy csoport tagjai együtt vesznek be LSD-t, akkor egyikük fájdalmas élménye a többiekre is negatív hatással lehet. Arra is volt példa, hogy az LSD-t használó személyeket pszichológiailag durván kihasználták. Nem nehéz belátni, hogy ilyen körülmények között jóval nagyobb a negatív reakció kialakulásának esélye.

A PSZICHIÁTRIAI KRÍZISINTERVENCIÓ ÉS AZ ÖNSEGÍTŐ MEGKÖZELÍTÉSEK

A pszichedelikus krízisbe került személyek ellátása napjainkban a biomedikális modell alapján történik. Ez a megközelítés azonban nem alkalmas a krízis kezelésére, és rendszerint több gondot okoz, mint amennyit megold. A kezelést végző szakemberek rendszerint nincsenek tisztában a pszichedelikus folyamat sajátosságaival, így beavatkozásaik akaratlanul a hosszú távú komplikációk kialakulását segítik elő. A helyzetet még tovább bonyolítja, hogy a mentálhigiénés szakemberek ideje szűkös, és a pszichiátriai gondozás helyszínei sem igazán alkalmasak a pszichedelikus szcena áldozatainak kezelésére. A napjainkban rutinszerűen használt nyugtatók megakadályozzák a pszichedelikus krízis háttérében lévő konfliktus feloldását, ami hosszú távon krónikus érzelmi és pszichoszomatikus zavarokhoz vezethet. Ha az alanyt LSD-élménye közepén a pszichiátriára szállítják, az nemcsak felesleges, de veszélyes és ártalmas is lehet. Az LSD-folyamat önszabályozó jellegű: ha a krízisben lévő személynek megfelelő támogatást nyújtunk, akkor az ülés az esetek zömében pozitívan zárul, és nincs szükség további kezelésre. A pszichiátriai intézménybe való "sürgősségi átszállítás" azonban - különösen, ha szirénázó mentőautóval történik - jelentősen traumatizálhatja az amúgy is túlérzékeny, érzelmi krízisben lévő alanyt. Hasonló hatású lehet az is, ha az alanyt egy pszichiátriai intézmény felvételi eljárásán kell átesnie, vagy a zárt osztályra kerül.

A pszichiátriai gépezet mechanizmusaival való találkozás LSD hatása alatt életre szóló traumát okozhat. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy társadalmunkban milyen komoly stigmát jelent, ha valakiről pszichiátriai diagnózist állítanak ki vagy elmeegógyintézetben ápolják. A nem megfelelően lezárt LSD-folyamatot a pszichiátriákon folyamatos gyógyszereléssel próbálják orvosolni, holott a kívánatos eljárás a feltáró terápia lenne.

A pszichiátriai kezeléssel járó negatívumokat jól illusztrálja a következő eset:

A prágai pszichiátriai kutatóintézetben töltött éveim alatt egy alkalommal felkérést kaptam, hogy vizsgáljam meg az LSD gyártásában közreműködő vegyészeti laboratórium két munkatársát, akik egy véletlen baleset folytán LSD hatása alá kerültek. A részleg vezetője, egy negyvenes éveiben járó férfi a mély depresszió jeleit mutatta, időnként szorongásos rohamok törtek rá, létezését értelmetlennek találta, és kételkedett saját épelméjűségében. Ezek a tünetek az LSD-mérgezés és az azt követő kórházi kezelés idején alakultak ki. A másik beteg, a részlegvezető húsz év körüli asszisztense hónapokkal később vált LSD-mérgezés áldozatává: azóta furcsa érzeteket észlelt a fejbőrén, és meggyőződéssel állította, hogy gyors ütemben hullik a haja, holott ennek semmilyen objektív jele nem volt.

A diagnosztikus interjúkon megpróbáltam rekonstruálni a két beteg LSD-élményének körülményeit, és feltárni a tünetek háttérében meghúzódó problémák dinamikáját. A történet, amelyet elmeséltek, a biomedikális modellben értelmezett krízisintervenció tipikus példájának tekinthető. Az LSD gyártását végző vegyészeti laboratóriumok körülbelül kétszáz mérföldre estek Prágától, ahol akkoriban a pszichedelikumokkal kapcsolatos klinikai és laboratóriumi kutatások zöme folyt. Amikor a labort felkérték a csehszlovák LSD gyártására, a menedzsment úgy vélte, az előállítandó anyag speciális tulajdonságaira való tekintettel nem ártana informálni a dolgozókat a szer hatásairól, és tájékoztatni őket a mérgezés esetén alkalmazandó eljárásról. Ezt elősegítendő, az igazgató felkért egy pszichiátert a közeli állami elmeegógyintézetből, hogy tartson előadást az LSD-ről. Mivel a felkért szakembernek nem volt ilyen irányú tapasztalata, az előadásra úgy készült fel, hogy elolvasott pár cikket az LSD kutatásának "modell-pszichózis"-megközelítéséről. A felületesen informált pszichiáter az előadáson apokaliptikus képet festett az LSD-ről. Elmondta a dolgozóknak, hogy ez a színtelen, szagtalan és íztelen anyag alattomos módon bekerülhet a szervezetükbe - ahogy ez dr. Albert Hofmannal is történt - és szkizofrén állapotot idézhet elő. Figyelmeztette őket, hogy mindig tartsanak kéznél egy adag thorazint, és LSD-mérgezés esetén a benyugtatózott áldozatot azonnal vigyék a pszichiátriára.

Instrukcióinak eredményeként a később általam kezelt laboratóriumi dolgozókat azonnal lenyugtatózták, mielőtt az LSD hatni kezdett, majd szirénázó mentőautóval mindkettőjüket az állami elmeegógyintézetbe szállították. A kórházban zárt osztályra kerültek, és több napot töltöttek el pszichotikus betegek társaságában. A részlegvezető az LSD-thorazin kombináció hatása alatt több *grand mal* rohamnak is tanúja volt, és hosszas beszélgetésbe bonyolódott egy pácienssel, aki az öngyilkossági kísérlete nyomán szerzett sebeit mutogatta neki. Mivel az általa megbízhatónak tartott mentálhigiénés szakemberek egy súlyosan zavart pácienssel teli osztályra helyezték, szorongani kezdett, hogy talán ő maga is hasonló állapotban fogja végezni. LSD-élményének analízisével - amelyet a thorazin csak részlegesen blokkolt - sikerült megállapítanom, hogy utazása során a második perinatális mátrix elemeivel került kapcsolatba.

Negatív állapota a zárt osztályra való bekerülés és az ott átélt élmények következtében jelentősen súlyosbodott.

A laborasszisztens kollégának felszínesebb élményben volt része: amint a zárt osztályra került, magába zárkózott, és megpróbálta minden áron fenntartani a helyzet fölötti kontrollt. Élményének retrospektív analízise kimutatta, hogy utazása során egy traumatikus gyermekkori emlékhez közelített, de a kedvezőtlen külső körülmények miatt nem engedte, hogy ez az emlék a felszínre törjön. A haja elvesztése miatti aggodalomról kiderült, hogy ez is az emlékhez kötődik: az eredeti trauma idején kopasz csecsemő volt, és ezt az állapotot érzékelte a jelenben.

A két laboratóriumi dolgozót vendégül láttuk a prágai kutatóintézetben, és lehetővé tettük, hogy mindketten dolgozzanak a problémájukon. Otlétük alatt gyökeresen megváltozott az LSD-ről kialakított képük, és eltűntek a szerrel kapcsolatos negatív érzéseik. Részletesen elmagyaráztuk nekik az LSD-állapot természetét, beszéltünk a terápiás programunkról és az ülések vezetésének alapelveiről. Megismerkedtek és elbeszélgettek a pszicholitikus kezelésben részt vevő páciensekkel, és meggyőződhetek arról, hogy ezekre az ülésekre teljesen más körülmények között kerül sor. Biztosítottam őket afelől, hogy nincs ok pánikra, ha valakinek a szervezetébe LSD kerül: a prágai terápiás programban ez mindennapos eseménynek számított. Azt tanácsoltuk, hogy a legközelebbi hasonló esetről kerítsenek egy félreeső, üres szobát, és hagyják, hogy az intoxikált egyén egy jó ismerőse társaságában zenét hallgasson.

Pár hónap múlva felhívott a részlegvezető, és elmondta, hogy újabb "baleset" történt: ezúttal egy tizenkilenc éves laborasszisztens vált a szer "áldozatává". A lányt a laboratórium melletti kényelmes szobában, barátja társaságában szállásolták el, ahol későbbi beszámolója szerint "élete legszebb óráit töltötte el". Élményét fölöttébb kellemesnek, érdekesnek és hasznosnak találta.

Az önségítő mozgalom által használt elkerülési technikák - bár kevésbé ártalmasak, mint a biomedikális modellre épülő megközelítés - szintén ellenjavalltak. Az alany problémáját nem oldja meg, ha felszínesen elcsevegünk vele (megpróbáljuk "lehozni" a szerrel), virágokat és szép képeket mutatunk neki vagy elvisszük sétálni. Ezek a legjobb esetben is csak arra jók, hogy időt nyerjünk: az elterelő manőverekkel leköthetjük az alany figyelmét, amíg a szer hatása alábbhagy. Ezek a megközelítések azon a hibás premisszán alapulnak, hogy a probléma oka magában a szerben rejlik. Ha megértettük, hogy nem egy farmakológiailag előidézett állapottal, hanem a tudattalan dinamikájával van dolgunk, akkor világossá válik, hogy ezek a megközelítések miért nem vezethetnek eredményre. Az alany figyelmének elterelésére építő technikák használatával megakadályozzuk az érzelmi és pszichoszomatikus krízis mögött megbúvó tudattalan anyaggal való konfrontációt és annak feldolgozását. Ha egy LSD-ülésen a felszínre kíváncsozó gestaltot nem sikerül maradéktalanul beteljesíteni, akkor az ülés után hosszan tartó reakciókra, negatív érzelmi-fizikai utóhatásra és "flashbackekre" lehet számítani.

A PSZICHEDELIKUS KRÍZISEK KEZELÉSÉNEK ALAPELVEI

Miután megtárgyaltuk a pszichedelikus krízisek kialakulásában szerepet játszó tényezőket, és áttekintettük, milyen hátrányos következményekkel járhat, ha a krízis alanyán tájékozatlan szakemberek és laikusok próbálnak segíteni, szeretném ismertetni azt a módszert, amelyet a pszichedelikus krízishelyzetek optimális kezelésének tartok. Az, hogy egy LSD-ülésen mi minősül vészhelyzetnek, fölöttébb viszonylagos és sok mindentől függ. A helyzet megítélésében közrejátszik, hogy az alany miként viszonyul saját élményéhez, mit szólnak ahhoz a jelenlévők, illetve mit mond a szakember, akit azért hívtak, hogy a helyzet megoldásában segítséget nyújtson. Rendkívül sokat nyom a latban, hogy a helyzetet kezelni kívánó szakember milyen szintű megértéssel rendelkezik a pszichedelikus folyamatról, mennyi klinikai tapasztalata van a szokványostól eltérő tudatállapotok terén, illetve mennyire mentes a szorongástól. Akárcsak az általános pszichiátriai gyakorlatban, úgy itt is igaz, hogy a drasztikus intézkedések hátterében sokszor nem a vészhelyzet komolysága, hanem a segítő tudattalan szorongása áll: az illető saját félelmeit és bizonytalanságát próbálja ily módon semlegesíteni. Az LSD-terápia és az újabb keletű tapasztalati pszichoterápiák során szerzett élmények arra utalnak, hogy az alany mély tudattalanjából feltörő érzelmi anyag a többi jelenlévőre is drámai hatással lehet: bennük is aktiválhatja a tudattalan vonatkozó területeit, kivéve, ha az adott problémát korábban már sikerült feldolgozniuk. Mivel a hagyományos pszichoterápiák kizárólag az élettrajzi anyag feltárására szorítkoznak, még a segítő analitikus képzettsége sem garantálja, hogy megfelelően fog viszonyulni a tudattalan perinatális és transzperszonális szintjeiről származó erőteljes élményekhez. Ezeket a tapasztalatokat az esetek zömében a szkizofrénia tünetének tartják, és minden

eszközzel megpróbálják elnyomni. Ez a hozzáállás - amellet, hogy teljes tájékozatlanságra vall - kényelmes védelmi mechanizmusként is működhet, amely lehetővé teszi, hogy a segítőknek ne kelljen szembenézniük a saját tudattalanjukban lévő hasonló anyaggal.

Ahogy az LSD-terapeuták tudása és klinikai tapasztalata nőtt, úgy vált egyre nyilvánvalóbbá, hogy a pszichedelikus üléseken bekövetkező negatív epizódok nem véletlen balesetek, hanem a tudattalan traumákon végzett terápiás munka elidegeníthetetlen és törvényszerű velejárói. Ebből a nézőpontból a "bad trip" kifejezés értelmét veszti. Egy tapasztalt LSD-terapeuta szemében a pszichedelikus ülés nem akkor sikertelen, ha az alany pánikig fokozódó szorongást, ön-destruktív késztetést, mardosó bűntudatot, kontrollvesztést vagy nehezen kezelhető fizikai érzeteket él át. Egy ilyen LSD-ülés - megfelelően kezelve - mély terápiás áttöréshez vezethet, és olyan, hosszú évek óta fennálló problémákat orvosolhat, amelyek észrevétlenül keserítették meg az alany életét. A sikertelen ülés valójában az, amelyen a nehezen kezelhető érzések kezdenek felszínre törni, ám az alany nem képes magát átadni a megismerési folyamatnak, így a formálódó gestalt beteljesíthetetlen marad. Azok a pszichedelikus élmények, amelyekben a folyamatot nyugtató használatával vagy zavaró külső ingerekkel - például elmeegógyintézetbe történő átszállítással - zavarják meg, nem az LSD-élmény lefolyásának jellege miatt sikertelenek, hanem azért, mert a segítők krízisintervenciós törekvései akadályozzák az ülés pozitív lezárását.

Bár egy LSD-ülésen még a legideálisabb körülmények között is találkozhatunk nehezen kezelhető élményekkel, hiba lenne, ha a "rossz utazásokat" egyoldalúan a szer számlájára írnánk. Mivel a pszichedelikus állapot minőségi jellemzői leginkább a szertől független tényezőkön múlnak, így a súlyos komplikációk kialakulását is elsősorban az alany személyisége, illetve a set és a setting elemei determinálják. Ezt az állítást könnyen alátámaszthatjuk, ha összevetjük, milyen arányban léptek fel komplikációk a felügyelet mellett folytatott korai LSD-kutatások, illetve a hatvanas évek pszichedelikus szcénájának önkísérletei során. Sidney Cohen 1960-ban megjelent cikke (*LSD: Side Effects and Complications, J. Nerv. Ment. Dis. 130:30, 1960.*) negyvennégy szerző publikált adatait foglalja össze, akik körülbelül ötezer személynek adtak LSD-t vagy meszkalint, összesen több mint huszonötezer alkalommal. A kutatók által vezetett pszichedelikus ülések száma egyénenként egy és nyolcvan között változott. A normális önkéntesek csoportjában az ülést követően megkísérelt öngyilkosságok aránya nem haladta meg az egy ezreléket, negyvennyolc óránál tovább húzódo reakciót pedig az alanyok 0,8 ezrelékénél figyeltek meg. A pszichiátriai betegeknek kicsit magasabbak voltak a számok: átlagosan 1,2 ezrelékük kísérelt meg öngyilkosságot, a sikeres öngyilkosságok aránya 0,4 ezrelék, a negyvennyolc óránál hosszabb reakciók aránya pedig 1,8 ezrelék volt. Ha ezeket az eredményeket összevetjük a pszichiátriai terápia egyéb eljárásainak mutatóival, akkor az LSD-kezelés fölöttébb biztonságos módszernek tűnik, különösen, ha olyan, akkoriban rutinszerűen használt módszereket választunk az összehasonlítás alapjául, mint az elektrosokk, az inzulinóma-kezelés vagy a pszichosebészet. A felügyelet nélkül zajló önkísérletekkel kapcsolatos negatív utóhatások és komplikációk gyakoriságát vizsgálva gyökeresen eltérő eredményre jutunk. Amikor a hatvanas évek végén a San Francisco-i Haight-Ashbury klinikán jártam, David Smith, az intézmény vezetője arról számolt be, hogy naponta átlagban tizenöt "bad tripet" kell kezelniük. Bár ebből nem következik, hogy klienseik mindegyikénél hosszú távú reakció lépett volna fel, a problémás esetek száma így is jól mutatja, hogy egy LSD-ülés kimenetelében milyen meghatározó szerepet játszanak az extrafarmakológiai tényezők.

Az LSD-vel kíséreltező pszichiáterek és pszichológusok kezdetben sokat tapogatóztak, tudásuk felszínes volt, és kísérleteik körülményei messze voltak az ideálistól. A Cohen-cikkben referált kísérletek azonban védett környezetben, szakmai felügyelet mellett, felelősségteljes kísérők irányításával zajlottak. Ha az alanyok nehéz élményei voltak, semmi nem indokolta, hogy elmeegógyintézetbe szállítsák, hiszen a kísérlet helyszínén minden adott volt a krízishelyzet elhárításához.

A pszichedelikus krízist a belső és a külső tényezők komplex összjátéka váltja ki. A terapeutának el kell különítenie a befolyások e két csoportját, el kell döntenie, hogy az adott helyzetben melyik a domináns, majd ennek megfelelően kell eljárnia. A pszichedelikus krízis kezelésének első és legfontosabb lépése az, hogy az alanyt egyszerű, biztonságos és támogató fizikai és interperszonális környezetbe helyezzük. Ha a jelek arra utalnak, hogy a krízis kialakulásában külső tényezők is közrejátszottak, akkor fontos, hogy az alanyt kiemeljük a traumatikus helyzetből, vagy a körülményeket aktív beavatkozással megváltoztassuk. Ha a krízisre nyilvános helyen került sor, akkor az alanyt csendes, a nyilvánosságtól elzárt helyre kell vinni. Magánlakásban zajló társasági összejövetel esetén fontos, hogy a szituációt, amennyire lehet, egyszerűsítsük: az alanyt szeparáljuk el egy külön szobába vagy kérjük meg a vendégeket, hogy távozzanak. Azokat a barátokat, akik elég érzékenyek és érettnek tűnnek, megkérhetjük, hogy maradjanak velünk és

asszisztáljanak a folyamat beteljesítésében. Ezek a személyek - csoportot alkotva - az ülés lecsengő szakaszában segítségére lehetnek az alannak abban, hogy átdolgozza magát a mögöttes problémán.

A biztonságos környezet megteremtése után a következő fontos feladat az, hogy megfelelő kapcsolatot építsünk ki az alannal. A pszichedelikus ülések kedvező kimenetelének, illetve a pszichedelikus krízisintervenció sikerének talán leglényegesebb feltétele, hogy az alany és a segítő között szoros bizalmi kapcsolat alakuljon ki. Az a személy, akit egy LSD-kiváltotta krízishelyzet kezeléséhez hívnak segítségül, jóval nehezebb helyzetben van, mint az a terapeuta, aki a pszichedelikus terápia során kerül hasonló helyzetbe. A terápiás ülést szermentes felkészítő szakasz előzi meg, amely elegendő időt biztosít az alany megismerésére és a bizalmi kapcsolat kialakítására. Ha a krízishelyzetre terápiás LSD-ülések sorozatában kerül sor, akkor a kliens felidézheti korábbi üléseit, és emlékezhet rá, miként sikerült fájdalmas élményeit a terapeuta segítségével feldolgoznia.

A terápiás kontextuson kívül teljesen más a helyzet: ilyenkor a kezelést végző szakember idegennek számít, aki nem ismeri sem az alanyt, sem a többi jelenlévőt. A helyzetbe kerülve rövid idő alatt - és sok esetben drámai körülmények között - kell elnyernie az alany bizalmát és együttműködését, ami csak úgy valósítható meg, ha mentes a szorongástól, higgadtan viselkedik, mély empátiával van az alany iránt, és közelről ismeri a pszichedelikus állapot dinamikáját.

A terapeutának mindenképpen meg kell nyugtatnia az alanyt, és hangsúlyoznia kell az LSD-folyamat önszabályozó jellegét. A legtöbb esetben 5-8 órára van szükség, mire az LSD hatása érezhetően alábbhagy. Ezt az időkorlátot világosan az alany és a többi jelenlévő értésére kell adni: amíg az LSD farmakológiai hatása tart, addig nincs ok a pánikra vagy az aggodalomra, bármilyen drámaiak legyenek is az élménnyel járó érzelmi és pszichoszomatikus megnyilvánulások. Előnyünkre szolgálhat, ha az alanyt fekvő helyzetben tudjuk tartani, de ehhez nem alkalmazhatunk fizikai erőt, és nem tehetünk olyan lépést, amelyet az alany nyílt agresszióként értelmezhet. Kis gyakorlattal megtanulhatjuk, miként kerüljük el a konfliktushelyzet kialakulását, és miképp korlátozzuk az alanyt úgy, hogy közben megtartjuk a kapcsolat támogató és kooperatív jellegét.

Ha a megfelelő kapcsolat létrejött, rá kell vezetnünk az alanyt arra, hogy élménye nem kizárólag negatív kontextusban értelmezhető. Tekinthet rá úgy is, mint értékes tanulási lehetőségre, amelyet kihasználva sok mindent megtanulhat önmagáról, és átdolgozhatja magát saját tudattalanjának traumatikus aspektusain. A pszichedelikus krízis kezelésében segédkező személynek gondoskodnia kell róla, hogy az alany mindvégig internalizálja élményét. Próbáljuk rávenni, hogy ne nyissa ki a szemét, merüljön el az élményben, és nézzen szembe az adódó kihívásokkal. A terapeutának ismételten hangsúlyoznia kell, hogy a szenvedés állapotából a leggyorsabb kiút az, ha teljesen átadja magát az érzelmi és fizikai fájdalomnak, illetve megtalálja a megfelelő csatornát ezek kifejezésére. Az önátadás folyamatát nagyban segíti a zene; ha rendelkezésünkre áll egy jó minőségű hifi berendezés - és az alany nyitott a zenehallgatásra -, akkor ezt a lehetőséget ne hagyjuk kihasználatlanul.

A megfelelő rapport elérése esetén lehetőség nyílik arra, hogy az alanyt aktívan támogassuk különféle fizikai beavatkozások, például megnyugtató testi kontaktus, játékos birkózás, az energetikailag blokkolt testrészekre gyakorolt nyomás vagy masszázs révén. Ilyen típusú beavatkozással azonban csak akkor éljünk, ha a bizalmi kötelék már megfelelően erős. Ha az alannak paranoid téveszméi vannak és a jelenlévőket is az üldözők közé sorolja, akkor a fizikai kontaktus minden formájától tartózkodnunk kell. Vannak esetek, amikor csak annyit tehetünk, hogy az élmény végéig a klienssel maradunk, és próbálunk időt nyerni. Ilyenkor minden lehetséges módon meg kell akadályoznunk, hogy az alany kárt tegyen önmagában vagy másokban, miközben újra és újra meg kell kísérelnünk a rapport kialakítását és az alany bizalmának elnyerését.

Ha az élményből kibontakozó gestaltot a szer hatásának időtartama alatt nem sikerül feldolgozni, akkor az integráció folyamatát pszichológiai és fizikai módszerekkel is támogatnunk kell. Arra kell törekednünk, hogy az alany az ülés végére kellemes, nyugodt és tünetmentes állapotba kerüljön. A könyv egy korábbi fejezetében már szóltunk azokról a technikákról - a lereagáló megközelítésről és a tisztító hiperventillációról -, amelyek ebben a kontextusban jól használhatók (93-95. oldal). Ha az alany állapota pszichésen és fizikailag egyaránt kielégítő, akkor gondoskodjunk róla, hogy a nap hátralevő részében biztonságos és támogató légkör vegye körül. Egy pszichedelikus krízisen átesett személyt a szer fogyasztásától számított huszonnégy órán belül nem szabadna egyedül hagyni. Ha ez az idő letelt, a terapeutának ismét látnia kell az alanyt, újra kell értékelnie a helyzetet, majd az alany állapotától függően kell megválasztania a követendő stratégiát. Ha a krízis kezelése megfelelő volt, akkor az esetek többségében nincs szükség további intézkedésre. Hasznos, ha az alannal részletesen átbeszéljük az élményt, és segítjük, hogy integrálni tudja azt mindennapi életébe. Ha az élmény nyomán az illetőnek jelentős érzelmi és pszichoszomatikus panaszai

támadtak, akkor javasoljunk feltárási terápia - erre a meditációs technikák egyénre szabott változatai, a Gestalt-gyakorlat, a neoreichiánus megközelítések, az irányított affektív vizualizáció, a kontrollált légzés, a poláris masszáz és a rolfing mind alkalmasak lehetnek.

Ha az alany állapota a feltárási terápia ellenére sem javul, akkor a kezelést bennfekvő betegként kell folytatni. Amennyiben minden próbálkozás csődöt mond, az integráció elősegítésére kémiai módszereket is bevetünk. Ideális esetben ez egy újabb pszichedelikus ülést jelent, amelyre alapos felkészülés után, szakértő felügyelet mellett kerül sor. A mentálhigiénés szakemberek furcsállhatják, hogy a kliens gyógyítására épp azt a szert vagy szercsoportot használjuk, amely látszólag a problémát okozta. Ám ilyen körülmények között mégis a pszichedelikumok megfontolt alkalmazása a legmegfelelőbb kezelés. A klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy a pszichedelikus élmény negatív utóhatásának elnyomásával nem érdemes kísérletezni: ha a tudattalan egy erőteljes pszichedelikus szerrel megnyitottuk, akkor nincs olyan nyugtató, amely az alany védelmi rendszereit maradéktalanul helyre tudná állítani. Ehelyett jóval egyszerűbb, ha folytatjuk a tudattalan feltárást, és elősegítjük a nyitva maradt gestalt beteljesülését.

Ehhez az LSD mellett használhatunk pszilocibint, metiléndioxiamfetamint (MDA), tetrahidrokannabinolt (THC) és dipropiltriptamint (DPT) is. Ebben az indikációban az MDA és a THC különösen jól használhatóak, mivel ezek finomabban hatnak az LSD-nél, és szelektív affinitást mutatnak a tudattalan pozitív vezérlőrendszerei iránt. Ha a pszichológiai feltárási munkát e szerekkel végezzük, az kevesebb érzelmi és pszichoszomatikus fájdalommal jár, mintha LSD-t használnánk.

Sajnos a fent említett pszichedelikumokhoz napjainkban nem könnyű hozzájutni, és a használati engedély beszerzésének is komoly bürokratikus akadályai vannak. Ezt figyelembe véve fontolóra vehetjük 100-200 milligramm Ritalin vagy 100-150 milligramm Ketalar használatát is. A nyugtatók alkalmazása a pszichedelikus állapotok kezelésében ellenjavallt, ezekhez csak akkor folyamodjunk, ha a feltárási megközelítések egyike sem hozott sikert.

Ha egy rosszul lezárt LSD-ülés miatt hosszú távú pszichotikus állapot alakult ki, és a beteget hónapokon, esetleg éveken át kezelték a pszichiátrián, akkor is érdemes a nyugtatók helyett erőteljes szermentes módszerekkel próbálkozni. Amennyiben ezek az eljárások nem hozzák meg a kívánt javulást, akkor a következő logikus lépés a pszichedelikus terápiába való beutalás lehet. Ezeknek az eseteknek a kezelésében igen jól használható a Ketalar, amely legálisan hozzáférhető, és általános érzéstelenítőként az orvosi gyakorlatban is ismert.

A pszichedelikus krízisintervencióval kapcsolatos ismeretek összefoglalását egy konkrét eset leírásával zárom: ez volt a legdrámaibb azok közül, amelyekkel szakmai karrierem során találkoztam.

Már harmadik éve életem a kaliforniai Big Sur-ben, amikor egy nap hajnali fél ötkor telefoncsörgésre ébredtem. A hívó az Esalen Intézet éjjeliőre volt, aki sürgős segítségemet kérte. Egy fiatal pár, Peter és Laura, akik a nyugati parton utaztak dél felé, Volkswagen buszukkal az Esalen Intézethez közeli 1-es úton parkoltak, és elhatározták, hogy LSD-t fognak fogyasztani. Az autóban kinyitották az ágyat, és röviddel éjfél után mindketten magukhoz vették a szert. Laura élménye viszonylag simán alakult, ám Peter fokozatosan akut pszichotikus állapotba került. Viselkedése paranoiddá és erőszakossá vált, durva szavakat vágott a lány fejéhez, majd elkezdte szétdobálni a kocsiban lévő tárgyakat, és nekilátott az autó módszeres megsemmisítésének. Laura pánikba esett, barátját az autóba zárta és az Esalenbe sietett segítséget kérni. Az őrbódénál teljesen meztelenül jelent meg, kezében a kocsikulccsal. Az éjjeliőr tudott róla, hogy korábban pszichedelikumokkal foglalkoztam, így engem hívott fel, de felébresztette Rick Tarnast, az intézet rezidens pszichológusát is, aki disszertációját a pszichedelikus szerekről írta.

Laurának hamar sikerült megnyugodnia, és az ő társaságában kellemes, komplikációktól mentes LSD-élményt élt át. Eközben Rick és én elsétáltunk az autóhoz. A kisbusz közelébe érve hangos zajokat és kiabálást hallottunk; közelebb érve észrevettük, hogy a jármű több ablaka is be van törve. Kinyitottuk a kocsiját, és beszélni kezdtünk Peterhez. Elmondtuk neki, hogy jelentős tapasztalataink vannak a pszichedelikus állapotok terén és azért jöttünk, hogy a segítségére legyünk. Egy idő múlva próbaképpen benéztem a kocsiba; ekkor a fejem mellett kb. 5 centivel egy literes üveg zúgott el, és a műszerfalra darabokra tört. Ezt a manővert többször megismételtük, és Peter még két tárgyat hajított felém az autó belsejéből. Amikor úgy véltük, hogy kifogyott az elhajítható tárgyakból, gyorsan bemásztunk az autóba, és két oldalról lefeküdtünk mellé az ágyra.

Folyamatosan szóval tartottuk, és biztosítottuk őt afelől, hogy egy-két óra elteltével minden rendben lesz. Mivel tudtuk, hogy ő és barátnője éjfél után fogyasztották el az LSD-t, meg tudtuk becsülni, mikor fog elmúlni a szer hatása. Nyilvánvalóvá vált, hogy Peter paranoid állapotban van, és bennünket ellenséges FBI-ügynökként azonosít, akik azért jöttek, hogy elkapják őt. Két karját úgy tartottuk, hogy ne okozzunk

neki kényelmetlenséget. Ha megpróbált elmenekülni, erősebben fogtuk, de mindvégig sikerült elkerülnünk a fizikai erőszakot és a küzdelmet. Közben elmeséltük neki, hogy nekünk is volt részünk nehéz élményekben, de utólag visszatekintve ezeket igen hasznosnak találtuk. Az elkövetkező egy órában Peter két szélsőséges állapot között csapongott ide-oda: volt, hogy bizalmatlanná vált, ekkor agresszív impulzusokkal kísért szorongás lett rajta úrrá, máskor visszatalált hozzánk, és sikerült megnyugodnia.

Ahogy telt az idő, és az élmény kezdett veszíteni intenzitásából, Peter lassanként bízni kezdett bennünk. Egyre inkább hajlandónak mutatkozott rá, hogy szemét behunyva szembenézzen az élménnyel, sőt még azt is megengedte, hogy óvatosan dolgozni kezdjünk a testében érzékelt energiablokkokon, ezzel is segítve a felszínre törő anyag teljes érzelmi kifejezését. Hét óra magasságában Peter LSD-élményéből minden negatív elem eltűnt: az újjászületés és a megtisztulás érzésével fogadta az új napot. Korábbi agresszióját mély hála váltotta fel, és ismételten hangsúlyozta, milyen nagyra értékeli, amit tettünk érte.

Fél nyolc körül Laura is feltűnt a színen, és csatlakozott hozzánk; ő is nagyon jó állapotban volt, bár aggódott Peter miatt. Rick és én segítettünk elsimítani az éjszakai események negatív következményeit, és gondoskodtunk róla, hogy a pár ismét egymásra találjon. Azt javasoltuk, hogy aznap már ne vezessenek, így az egész napot a Csendes-óceán mellett, pihenéssel töltötték, és csak a következő nap indultak tovább dél felé. Távozásukkor mindketten emelkedett hangulatban voltak, bár kissé aggódtak, hogy sokat kell majd fizetniük a megrongálódott kisbusz javításáért.

II. FÜGGELÉK: Az LSD hatása a kromoszómákra, a genetikai állományra, a magzati fejlődésre és a malignitásra

Az LSD körüli viták az elmúlt évtizedben újabb dimenzióval bővültek. Több tudományos publikáció is megjelent arról, hogy az LSD károsíthatja a kromoszómákat, zavarhatja a magzati fejlődést, genetikai mutációhoz, vagy a sejtek malignus degenerációjához vezethet. Más cikkek ugyanakkor kétségbe vonták ezeket az állításokat. Az ellentétes álláspontra helyezkedő írások egy része hasonló kutatások negatív eredményeiről számolt be, mások az eredeti kutatásokkal kapcsolatos elméleti vagy módszertani problémákra hívták fel a figyelmet. Bár az LSD kártékony hatásával kapcsolatos hipotéziseket világszerte számos kutatócsoport próbálta bizonyítani - vagy éppen cáfolni -, az eddigi vizsgálatok eredményei homályosak, és sok esetben nem egyértelműek. Mivel ezek a problémák az LSD-pszichoterápia jövője szempontjából döntő fontosságúak, a könyv e függeléke kritikai áttekintést nyújt a vonatkozó kutatásokról.

Az itt közölt áttekintés szinte kizárólag a rendelkezésemre álló szakirodalom mélyreható tanulmányozásán alapul. E téren nem rendelkezem komolyan mondható kutatói tapasztalattal, a genetika nem tartozik az elsődleges érdeklődési területeim közé, és ilyen irányú végzettségem sincs. A prágai pszichiátriai kutatóintézetben végzett LSD-kutatásunk során nem vizsgáltuk, hogy a szernek milyen hatása lehet a kromoszómákra vagy az öröklési képességre: az akkoriban tett megfigyeléseink nem indokolták, hogy ilyen irányú vizsgálatokat végezzünk. Az első tanulmány, amely a tudományos világ figyelmét az LSD esetleges kromoszóma-károsító hatására irányította, csak az 1960-as évek végén jelent meg. (22)* Miután az Egyesült Államokba érkeztem, részt vettem egy nagyszabású kutatásban, amely az LSD-fogyasztók fehérvérsejt-kromoszómaiban végbemenő strukturális változásokat próbálta felderíteni. Ez a kutatás egyike volt azon keveseknek, amelyek gyógyszerészeti tisztaságú LSD-vel kísérleteztek, dupla-vak módszert használtak, továbbá a kromoszómák vizsgálatát az LSD-használat előtt és utána is elvégezték. (106)

Az e függelékben tárgyalt tudományos anyagot a cikkek témája szerint több csoportba osztottam. Az első csoportba tartozó kutatásoknál a kromoszómák strukturális változásait *in vitro*** vizsgálták: kémcsőben különböző koncentrációjú LSD-oldatot adtak emberi, állati vagy növényi szövetek sejtjeihez. A második csoport kutatásaiban az LSD-vel *in vivo* kísérleteztek: a szer hatását azt követően vizsgálták, hogy az orálisan vagy injekció útján kísérleti állatok vagy emberek szervezetébe került. A harmadik csoportba tartozó cikkek az LSD genetikai hatásaival, illetve mutagenitásával foglalkoznak. E cikkek egy része az LSD dezoxiribonukleinsavra (DNS), a kromoszómák legfontosabb építőkövére gyakorolt hatásának mechanizmusát részletezi. A negyedik csoportba tartozó publikációk azt kutatták, milyen következményekkel jár az LSD-fogyasztás az emberi és állati magzatok növekedésére, fejlődésére és differenciálódására. Végül az ötödik csoportba tartozó cikkek azt vizsgálták, van-e valamilyen kapcsolat a sejtek malignus elváltozásai - főként a leukémia - és az LSD-használat között.

A fejezet hátralevő részében az említett öt téma kutatásainak legfontosabb eredményeiről fogok rövid áttekintést és kritikai elemzést adni.

AZ LSD HATÁSA A KROMOSZÓMÁK STRUKTÚRÁJÁRA

A tudományos világ régóta foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy milyen hatása lehet a kromoszómák struktúrájára, ha az élő szervezetet sugárzás, vírusok vagy különféle vegyi anyagok hatásának tesszük ki. Az LSD esetleges génkárosító hatásáról szóló viták 1967-ben, *Cohen, Marinello és Back* cikkének (22) megjelenésével kezdődtek, akik felvetették, hogy az LSD-nek is lehet kromoszóma-károsító hatása. A szer elterjedt használata miatt ez a cikk komoly érdeklődést keltett, és számos kutatót ösztönzött arra, hogy a

* A szövegben szereplő számok a függelék legvégén található hivatkozásokra utalnak.

** "*In vitro*" szó szerint azt jelenti: "üvegben". A kifejezés olyan kísérletekre utal, amelyeket kémcsőben végeznek el. Az "*in vivo*" kísérleteket ezzel szemben az élő szervezeten végzik.

területen további kutatásokat végezzen. Ezek a kutatások két fő megközelítést alkalmaztak: egy részüknél az LSD hatását kémcsőben (*in vitro*), másoknál az élő szervezetben (*in vivo*) vizsgálták. A vizsgálatokat az esetek többségében emberi fehérvérsejteken (lymphocytákon) végezték.

Az *in vitro* kutatásokban a vérmintákat normális, egészséges emberekből vették, akik korábban nem fogyasztottak semmilyen illegális drogot, nem voltak kitéve sugárzásnak, és a közelmúltban nem szenvedtek vírusos megbetegedésben. A mintákat 37 Celsius-fokon inkubálták, a sejtek osztódását Colcemiddel blokkolták, majd a sejteket citológiai vizsgálatnak vetették alá. Az inkubációs szakaszban a kultúrákhoz desztillált vízben oldott LSD-t adtak, többféle koncentrációban.

Az *in vivo* kísérletekben a vérmintákat olyan alanyoktól vették, akik egy része drogkereskedőtől származó, LSD-ként árult anyagot, más része gyógyszerészeti tisztaságú LSD-t fogyasztott. E kutatások zömében a kromoszómákat csak az LSD-használat után vizsgálták meg (retrospektív módszer), kis részüknél a vizsgálatot mind a szerfogyasztás előtt, mind utána elvégezték (prospektív módszer). Az *in vivo* kísérleteknél használt technikai eljárás nem tért el jelentősen attól, amit az *in vitro* kísérleteknél leírtunk. Az *in vivo* kutatások speciális és fontos alcsoportját képezik azok a vizsgálatok, amelyek az LSD magzati sejtek meiotikus kromoszómáira gyakorolt hatását vizsgálták.

IN VITRO KUTATÁSOK

Cohen, Marinello és Back (22) két egészséges ember leukocytáit kezelték LSD-vel. Az LSD-t összesen ötféle, 0,001 mikrogramm/cm³-től 10,0 mikrogramm/cm³-ig terjedő koncentrációban alkalmazták. A leukocytá-kultúrákat 4, 24 vagy 48 órán keresztül tették ki az LSD hatásának. A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy az LSD-vel kezelt sejtekben a kromoszómák a kontrollsejtekhez képest körülbelül kétszeres gyakorisággal törtek el - leszámítva azt az esetet, amikor a sejteket a legalacsonyabb koncentrációjú LSD-oldattal (0,001 mikrogramm/cm³) a legrövidebb ideig (4 óra) kezelték: ekkor nem láttak eltérést a normális és az LSD-vel kezelt sejtek között. A kutatók nem találtak egyértelmű lineáris összefüggést az elváltozások gyakorisága, az LSD-dózis nagysága, illetve az LSD-kezelés időtartama között. Cohen, Hirschhorn és Frosch később hat normális, egészséges személy perifériális leukocytáin ismételték meg ugyanezt a vizsgálatot. (20) Az újabb kutatás eredményei szerint az LSD jelentősen gátolta a sejtosztódást (mitózis), és a gátlás mértéke egyenes arányban állt azzal, hogy a vizsgált sejt-kultúrát mennyi ideig tették ki a szer hatásának. A kontrollsejtekben a kromoszómák legkevesebb a sejtek 3,9 százalékánál törtek el; az LSD-vel kezelt kultúrákban ugyanez az érték majdnem a kétszerese (7,7 százalék), a legmagasabb gyakoriság pedig több mint négyszerese (17,5 százalék) volt a kontrollsejtekének.

1968-ban Jarvik és csapata (63) megismételték Cohen csoportjának néhány *in vitro* kísérletét. Ezekben a kísérletekben az LSD mellett az ergonovin (egy nőgyógyászatban használt szer), az aszpirin és a sztreptonigrin kromoszómákra gyakorolt hatását is megvizsgálták. A vizsgálati eredmények szerint az LSD-vel kezelt mintákban magasabb volt a kromoszóma-törések gyakorisága (10,2 százalék, 0-15 százalék közötti értékekkel), mint a kontrollmintákban (5,2 százalék, 0-9 százalék közötti értékekkel). Ugyanakkor a törési gyakoriság hasonló növekedését állapították meg az aszpirin (10,0 százalék) és az ergonovin (9,6 százalék) esetében is. Ebben a kutatásban az LSD koncentrációja hasonló volt ahhoz, amit egy átlagos ember vére 1000 mikrogramm LSD injektálása után a negyedik órában ér el. A sejt-kultúrákhoz adott aszpirin mennyisége azonban jóval a szokásos terápiás dózis alatt volt. A sztreptonigrin, amelynek kromoszóma-károsító hatása közzismert, a vizsgált sejtek 35 százalékában váltott ki kromoszóma-törést. Érdemes megjegyezni, hogy a cikkben említett nyolc esetből kettőnél a hozzáadott LSD egyáltalán nem befolyásolta a kromoszóma-törések gyakoriságát.

Corey és munkatársai (24) tíz személy fehérvérsejtjein végeztek *in vitro* vizsgálatot: az inkubáció utolsó 24 órájában a sejt-kultúrákat 1 mikrogramm/cm³ koncentrációjú LSD-oldattal kezelték. A szerzők valamennyi mintánál a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedését állapították meg. Bár ebben a kísérletben az LSD *in vitro* koncentrációja jelentősen meghaladta a terápiában használt dózisokét, a törések számának növekedése (4,65/100) nem volt túl számottevő ahhoz képest, hogy a kezeletlen kultúrákban a sejtek 0-15,2 százalékánál figyeltek meg kromoszóma-törést.

E helyütt érdemes megemlítenünk Singh, Kalia és Jain (92) kutatását, akik szintén a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedését állapították meg, miután az árpagyökér sejtjeit 25 mikrogramm/cm³ koncentrációjú LSD-oldattal kezelték. Velük szemben McKenzie és Stone (73) negatív eredményre jutottak, ők lymphocytákon, hörcsögből nyert kötőszöveti sejteken és a *Vicia faba* növényi sejtjein vizsgálták az LSD hatását.

A fenti eredményeket látva sokakban felmerült, hogy az LSD esetleg kiváltó tényezőként működhet közre a genetikai és a fejlődési rendellenességek, valamint a malignitás kialakulásában. Az LSD körül kialakuló nemzeti hisztéria idején *Cohen, Marinello és Back* (22) kutatását széles körben felkapta a tömegmédiá. Eredményeiknek a valós súlyuknál jóval nagyobb jelentőséget tulajdonítottak, ami sokakat készített elhamarkodott, tudományosan megalapozatlan következtetésekre.

Mielőtt az *in vitro* kísérletekben megfigyelt kromoszóma-törésekkel kapcsolatban bármilyen konklúzióra jutnánk, több fontos tény is mérlegelnünk kell. Elsőként meg kell említenünk, hogy a különböző kutatások eredményei nem egybehangzóak. Több kutatásról is tudunk, amelyek a sejtkultúrák LSD-kezelését követően nem állapították meg a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedését. (27, 73, 105) A pozitív eredményeket felmutató kutatásokban az LSD koncentrációja és a szernek való kitétel időtartama rendszerint jócskán meghaladta a terápiás használatra jellemző értékeket. *Cohen, Marinello és Back* (22) kutatásában a legalacsonyabb LSD-koncentrációnál (0,001 mikrogramm/cm³) és időtartamnál (4 óra) nem növekedett a kromoszóma-törések gyakorisága. *Loughman és társai* (70) szerint épp ezek a feltételek jellemeznek egy egészséges, 70 kg súlyú embert, miután az illető elfogyasztott 100 mikrogramm LSD-t. Amennyiben az LSD metabolizmusát is számításba vesszük, akkor a változatlan formában jelen lévő LSD koncentrációja ennél lényegesen alacsonyabb, közelíti a 0,00001 mikrogramm/cm³-t. Ilyen alacsony koncentrációval eddig csak két kutató, *Kato és Jarvik* (65) kísérletezett: ők ennél a dózisonál nem tapasztalták a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedését.

Általában véve különös figyelemmel kell eljárunk, ha az *in vitro* kutatások eredményeit az élő szervezetre kívánjuk extrapolálni. Az emberi szervezetben jóval komplexebb körülményeket találunk, mint egy kémcsőben, továbbá az élő szervezet arra is képes, hogy semlegesítse és kiválassza a számára veszélyt jelentő anyagokat. Az *in vitro* toxikusnak mutatkozó anyagok *in vivo* nem szükségszerűen váltanak ki mérgező hatást. Emellett az *in vitro* kísérletekben használt technikák némelyike mesterséges körülményeket teremt a sejtek számára, amelyek az élő szervezetben nem fordulnak elő. Ezt a problémát részletesen tárgyalja *Dishotsky és munkatársainak* (28) kitűnő elemzése, amelyben áttekintik az LSD és a genetikai károsodás témakörében végzett eddigi kutatásokat. A szerzők szerint a lymphocytákultúrákon végzett vizsgálatoknál kivétel nélkül egy olyan technika módosított változatát használták, amely a lymphocytákat phytohemagglutinin adagolásával készíti osztódásra. Normál, *in vivo* körülmények között az apró lymphocyták a DNS-szintézist megelőző stádiumban vannak: nem növekednek, nem osztódnak, és nem lépnek a sejtciklusba. Az *in vitro* kísérletekben azonban a lymphocyták LSD-kezelését a sejtciklus fejlődő stádiumaiban - köztük a DNS-szintézis fázisában - végezték, amire ezeknél a sejteknél normál körülmények között nem kerül sor. Ha a lymphocytákat ebben a fázisban éri károsodás, az rendszerint nem okoz kromatid elváltozást a későbbi osztódáskor. A kromatid elváltozások nagy többségét - sőt, talán valamennyit - az alkalmazott technikai eljárások idézik elő, viszont az *in vitro* és *in vivo* kutatásokban tapasztalt elváltozások zöme épp ilyen, azaz kromatid típusú volt. Az LSD-vel kezelt lymphocytáknál a kromoszóma-törések számának növekedtére utaló eredményeket ezért a legnagyobb óvatossággal kell kezelnünk.

Az LSD kromoszóma-károsító hatását vizsgáló tudósok közül többen is azt a látszatot keltették, hogy ez a hatás kizárólag az LSD-re jellemző. Ezek a szerzők elfelejtettek említést tenni arról, hogy az LSD hatásának tulajdonított kromoszóma-elváltozásokat számos más körülmény és kémiai vegyület is képes kiváltani. Az *in vitro* kromoszóma-töréseket okozó tényezők között megemlíthetjük a radioaktív sugárzást, a hőmérséklet vagy a légnyomás ingadozását, a csapvízben található szennyeződések és több gyakori vírust. Hosszú listája van azoknak a kémiai vegyületeknek, amelyek növelik a kromoszóma-törések gyakoriságát; többek között ide tartoznak az aszpirin és más szalicilátok, a mesterséges édesítőszer, a DDT, a morfium, a koffein, a theobromin, a theophyllin, a fenotiazinok családjába tartozó nyugtatók, egyes vitaminok és hormonok, továbbá számos antibiotikum, köztük az aureomycin, a kloromycetin, a terramycin, a streptomycin és a penicillin.

Ebben az összefüggésben érdemes idézni *Sharma és Sharma* (91) cikkét, amelyben a szerzők a vegyi úton kiváltható kromoszóma-törések irodalmáról értekeznek: "Oehlkers első, nevezetes kísérlete óta, melyben megállapította, hogy vegyszerekkel kromoszóma-károsodást lehet előidézni, rengeteg anyagról kiderült, hogy károsíthatja a kromoszómákat, ami a kérdést igen bonyolulttá tette". *Jarvik* (61) *Judd, Brandkamp és McGlothlin* (64) cikkének elemzése kapcsán még direktbben fogalmazott: "... nagy a valószínűsége annak, hogy bármely anyag, a megfelelő időpontban, a megfelelő mennyiségben, a megfelelő sejttípushoz adagolva képes rá, hogy a sejtekben kromoszóma-töréseket idézzen elő."

IN VIVO VIZSGÁLATOK

Az *in vitro* megközelítés korlátai miatt az LSD genetikai veszélyeinek felmérésénél főként az *in vivo* kutatásokra kell támaszkodnunk. Sajnos az e kérdéssel foglalkozó tizenhét kutatócsoport huszonegy cikkében sok a súlyos módszertani hiba, és az egyes vizsgálatok eredményei ellentmondóak, ami nem teszi lehetővé a kérdés egyértelmű eldöntését. Az *in vivo* vizsgálatoknál a kutatók két fő megközelítést alkalmaztak. Tizennégy projektben az alanyok a feketepiacról beszerzett, ismeretlen összetételű és erősségű drogot fogyasztottak, amelyet a drogkereskedő LSD-ként árult. Tizenegy kutatásban az alanyok ismert mennyiségű és gyógyszerészeti tisztaságú LSD-t kaptak, kísérleti vagy terápiás settingben.

Ezeknek a kutatásoknak az eredményeit *Dishotsky és munkatársai* (28) 1971-ben megjelent cikke foglalta össze. Az *in vivo* vizsgálatokban összesen 310 személy vett részt. Közülük 126-an kaptak bizonyíthatóan tiszta LSD-t, a többiek a feketepiacról származó, ismeretlen összetételű és erősségű "LSD"-vel kísérleteztek. A tiszta LSD-t kapott 126 alanyból csak tizennyolcnál (14,29 százalék) mutatták ki a kromoszóma-eltérések gyakoriságának növekedését. A feketepiaci LSD-vel kísérletező 184 alanyból ezzel szemben 89-nél (48,9 százalék) figyeltek meg hasonló elváltozást, ami több mint háromszoros gyakoriságot jelent. A 310 vizsgált személyből összesen 108-nál találtak kromoszóma-eltérést, és e csoportból mindössze tizennyolcan (16,67 százalék) fogyasztottak tiszta LSD-t. Ezek a különbségek elegendő alapot szolgáltatnak arra, hogy az *in vivo* kutatások e két csoportját - azokat, amelyekben az alanyok tiszta LSD-t kaptak, és azokat, amelyekben feketepiaci mintákat fogyasztottak - külön alfejezetben tárgyaljuk.

A feketepiaci "LSD" és a kromoszóma-károsodás

Feketepiaci LSD-t használó személyeknél elsőként *Irwin és Egozcue* (57) figyeltek meg kromoszóma-károsodást. Kutatásukban nyolc illegális LSD-használót hasonlítottak össze egy kilenc főből álló kontrollcsoporttal. Az LSD-használók körében a kromoszóma-törések átlagos gyakorisága 23,4 százalék volt, ami több mint kétszerese a kontrollcsoportnál tapasztalt 11,0 százalékos értéknek. A nyolc vizsgált személyből mindössze kettőnél nem mutatták ki a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedését. *Egozcue, Irwin és Maruffo* (33) egy későbbi, kiterjedtebb kutatásukban megismételték a vizsgálatot, ekkor 46 LSD-használónál átlagban 18,76 százalékos (min: 8, max: 45 százalék), a kontrollcsoportnál pedig 9,03 százalékos törés-gyakoriságot figyeltek meg. A 46 LSD-használó közül mindössze háromnál nem következett be a kromoszóma-törések gyakoribbá válása. E két kísérleten kívül a szerzők megvizsgálták négy csecsemő kromoszómáit is, akik anyjuk terhessége alatt kerültek érintkezésbe az LSD-vel. A kromoszóma-törések gyakorisága mind a négy gyermeknél meghaladta a kontrollcsoport szintjét. Betegséget vagy fejlődési rendellenességet azonban egyik gyermeknél sem találtak.

Hasonló eredményeket hozott *Cohen, Hirschhorn és Frosch* (20) kutatása is, akik tizennyolc feketepiaci LSD-t fogyasztó alanyt vizsgáltak meg. A kromoszóma-törések gyakorisága ebben a csoportban több mint háromszor akkora volt (átlagban 13,2 százalék), mint a kontrollcsoportnál (3,8 százalék). A szerzők megvizsgálták három, a terhesség alatt LSD-t fogyasztó anya négy gyermekét is, és mindegyiküknél a kromoszóma-törések gyakoriságának emelkedését tapasztalták. A növekedés nagyobb volt annál a két gyermeknél, akik a terhesség harmadik és negyedik hónapjában voltak kitéve az LSD hatásának, mint a másik kettőnél, akik a terhesség vége felé kaptak egy alacsonyabb dózist.

Egy későbbi cikkükben *Cohen és társai* (21) beszámoltak tizenhárom, feketepiaci LSD-t fogyasztó felnőttől, akiknél szintén a kontrollcsoporténál magasabb kromoszóma-törési gyakoriságot állapítottak meg. Kilenc gyermeknél, akik anyjuk méhében voltak kitéve az LSD hatásának, átlagban 9,2 százalékos kromoszóma-törési gyakoriságot találtak, szemben azoknak a gyermekeknek a 4,0 százalékaival, akik anyja csak a terhesség előtt használt LSD-t. A kontrollcsoportban a kromoszóma-törések gyakorisága 1,0 százalékos volt. Bár a kilenc gyermek közül hét anyja az LSD mellett más drogot is fogyasztott, a gyermekek mindannyian jó egészségnek örvendtek és nem voltak születési rendellenességeik.

Nielsen, Friedrich és Tsuboi (82) tíz, feketepiaci LSD-t használó alanyt 2,5 százalékos kromoszóma-törési gyakoriságot állapítottak meg, ami jelentősen meghaladta a kontrollcsoportnál mért 0,2 százalékos értéket. A szerzők által patológiásnak minősített 2,5 százalékos gyakoriság azonban még mindig alacsonyabb, mint más, pozitív eredményt felmutató kísérletekben a kontrollcsoportra jellemző érték.

Az eddig említett kutatások mellett voltak olyan vizsgálatok is, amelyek nem tapasztalták a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedését. *Dishotsky és társai* (28) szinoptikus cikkükben kilenc olyan kutatócsoportot említenek, akik hasonló kutatást végeztek és negatív eredményre jutottak. Ezt a

kettősséget figyelembe véve azt mondhatjuk, hogy az *in vivo* kutatások eredményei vitathatók és a kérdés eldöntése további vizsgálatokat igényel.

Sokan próbáltak magyarázatot találni arra, miért voltak ilyen nagy különbségek a pozitív és a negatív eredmények között. *Cohen* (21), valamint *Irwin és Egozcue* (57) kutatásait azért illették kritikával, mert szokatlanul magasnak találták a kontrollcsoportnál mért kromoszóma-törési gyakoriságot (*Cohen*: 3,8 százalék; *Irwin és Egozcue*: 11,9 és 9,03 százalék). Mások felvetették, hogy a kontrollcsoportnál mért magas törési gyakoriság talán a sejt kultúrák vírusos elfertőződésének, a nem megfelelően előkészített táptalajnak, a sejtenyésztéshez használt módszerek sajátosságainak, vagy a kromoszóma-károsodás mérésére szolgáló eljárás pontatlanságának köszönhető. A kritikusok arra is rámutattak, hogy ezekben a kutatásokban a kromoszómás és a kromatid-típusú elváltozásokat nem vették külön, hanem ezek együttes előfordulásait számították át "megfelelő számú kromoszóma-törésre". Ez azért problémás, mert a két különböző típusú elváltozást egy indexszel mérve eltűnik a különbség a tényleges *in vivo* és a sejtenyésztési eljárás során bekövetkező kromoszóma-károsodások között.

Ezek a tényezők azonban önmagukban nem adnak magyarázatot a különböző kutatócsoportok eredményei közötti eltérésekre. Az említett tényezők okozta kromoszóma-károsodásnak ugyanis véletlenszerűen kéne megoszlania a kísérleti és a kontrollcsoport között. Mivel az eloszlás nem egyenletes, ezek a tényezők nem adnak magyarázatot arra, miért volt jelentősen nagyobb a kromoszóma-törések száma az illegális LSD-használóknál, mint a kontrollcsoport körében.

Az eredmények értelmezéséhez alkalmasabb támpontot kapunk, ha megfigyeljük a feketeipiaci LSD-t fogyasztó csoport bizonyos jellegzetességeit. A vizsgálatok e fajtájának egyik hiányossága, hogy a kutatóknak az alanyok emlékezőképességére és szavahihetőségére kell hagyatkozniuk, amikor arra kíváncsiak, hogy az illetők a múltban milyen típusú drogokat, hány alkalommal, milyen dózisban használtak, és egy adott szerből mikor fogyasztottak utoljára. Az alanyoknak többnyire nincs pontos információjuk arról, hogy milyen dózisu és összetételű drogot fogyasztottak. A feketeipiacon beszerezhető LSD-minták tényleges LSD-tartalma szinte mindig kérdéses: meglehetősen gyakoriak a különféle szennyeződések és adalékanyagok. A múltban lefoglalt mintákban kimutattak már amfetaminszármazékokat, meszkalint, DOM-ot (4-metil-2,5-dimetoxiamfetamin, más néven STP), fenciklidint (fenilciklohexilpiperidin, más néven PCP vagy "angyalpor"), benaktizint, sőt még sztrichnint is. A vizsgált alanyok emellett kivétel nélkül fogyasztottak más drogokat is, például ritalint, fenotiazinokat, alkoholt, amfetaminszármazékokat, kokaint, barbiturátokat, heroint és más ópiátokat, valamint olyan pszichedelikus anyagokat, mint a marihuána, a hasis, a pszilocibin, a meszkalin, az STP, a metiléndioxiamfetamin (MDA) vagy a dimetiltriptamin (DMT). Ezt figyelembe véve némiképp alaptalannak tűnhet, hogy ezekre az alanyokra a tudományos cikkek "LSD-használókként" hivatkoznak, hiszen zömük az LSD mellett más, ismeretlen összetételű, minőségű és erősségű drogokat is használt.

A vizsgált populációra jellemző volt a nem megfelelő táplálkozás, továbbá kiugróan magas volt a nemi betegségek, a hepatitisz és egyéb vírusos fertőzések aránya. A vírusos fertőzések kromoszóma-károsító hatásáról már volt szó; az alutápláltság ilyen irányú hatásáról még nincs elegendő információnk. *Dishotsky és munkatársai* (28) úgy vélik, a feketeipiaci LSD-vel végzett *in vivo* kutatások pozitív eredményei nem az LSD használatának, hanem olyan tényezők kombinációjának köszönhetőek, mint az illegális drogok hosszú távú abúza, a fogyasztott szerek toxikus adalékanyagai, az intravénás droghasználattal járó fertőzések, valamint a vizsgált droghasználók nagy részének fizikai debilitása. Véleményük szerint a pozitív eredmények nem specifikusan az LSD-használat, hanem a drogokkal való visszaélés és az ezzel összefüggésben kialakuló életvezetési gyakorlat következményei.

A tiszta LSD és a kromoszóma-károsodás

Azoknak a személyeknek a vizsgálata, akik kísérleti vagy terápiás körülmények között kaptak gyógyszerészeti tisztaságú LSD-t, jóval relevánsabb és megbízhatóbb adatokkal szolgál, mint az illegális drogfogyasztóké. E kutatásoknál biztosak lehetünk benne, hogy a szer tiszta, tudjuk a dózist, a fogyasztás gyakoriságát, valamint az utolsó használat és a vérvétel között eltelt idő hosszát. A tiszta LSD-t használó személyeken végzett kromoszóma-vizsgálatoknak két altípusát különböztethetjük meg. Az első csoportba tartozó vizsgálatok *retrospektív*, "post hoc" jellegűek: a kromoszóma-elváltozást olyan egyéneken vizsgálták, akik valamikor a vizsgálat időpontja előtt fogyasztottak tiszta LSD-t. A kutatások második típusát a *prospektív* vizsgálatok alkotják: itt a kromoszóma-mintákat az LSD-fogyasztást megelőzően és azt követően is megvizsgálták, így valamennyi alany a saját kontrolljaként funkcionált.

Kromoszóma-változások retrospektív vizsgálata a tiszta LSD fogyasztóinál. Az e csoportba tartozó hét kutatás közül mindössze kettő mutatta ki a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedését. Öt másik kutatócsoportnak nem sikerült a pozitív eredményeket alátámasztania.

Cohen, Marinello és Back (22) első kutatásukban beszámolnak arról, hogy kromoszóma-károsodást találtak egy paranoid-szkizofrén páciens fehérvérsejtjeiben, akit azelőtt tizenöt alkalommal kezeltek LSD-vel, 80-200 mikrogrammos dózisokkal. *Nielsen, Friedrich és Tsuboi* (80) öt LSD-vel kezelt személy kromoszómáit vizsgálták meg, de "nem találtak korrelációt semelyik szer, illetve a rések, törések és hiperdiploid sejtek előfordulásának gyakorisága között". Miután a kapott adatokat később kor és nem alapján kisebb csoportokba szervezték, (81) mégis arra a következtetésre jutottak, hogy az LSD kromoszóma-károsodást okoz. *Tjio, Pahnke és Kurland* (106) kritikája szerint a kutatók nem vizsgáltak elegendő számú sejtet ahhoz, hogy a törési gyakoriságot megbízhatóan meghatározzák. Az öt vizsgált LSD-alanyból háromnál nem léptek fel kromoszóma-elváltozások, a hat pozitív eredmény mindegyikét a hátralévő két alanynál figyelték meg. A kromoszóma-törések esetükben megállapított gyakorisága (1,7 százalék) még mindig az átlagpopulációra jellemző tartományban van. *Nielsen, Friedrich és Tsuboi* (82) egy másik kutatásukban kilenc korábbi LSD-használót vizsgáltak, és 4,3 százalékos törés-gyakoriságot állapítottak meg. Ezt a kutatást *Dishotsky és társai* (28) az adatok analízisének szokványostól eltérő módszere miatt illették kritikával.

Sparkes, Melnyk és Bozzetti (99) négy pácienset vizsgáltak, akik a múltban egészségügyi okból részesültek LSD-kezelésben, de egyiküknél sem találtak növekedést a kromoszóma-törések gyakoriságában. Hasonlóan negatív eredményről számolt be *Bender és Siva Sankar*, (11) ők hét szkizofrén gyermeket vizsgáltak, akik a múltban hosszú időn át álltak LSD-kezelés alatt. Ezek a gyermekek heteken vagy hónapokon át napi két alkalommal kaptak LSD-t, egyszer 100, egyszer 150 mikrogrammos dózisban. Csoportjukban a kromoszóma-törések gyakorisága kevesebb volt 2,0 százaléknál és nem különbözött a kontrollcsoportnál megfigyelt gyakoriságtól.

Siva Sankar, Rozsa és Geisler (93) tizenöt pszichésen sérült gyermek kromoszómáit vizsgálták, akiket LSD-vel, UML-lel vagy a kettő kombinációjával kezeltek. Ezek a gyermekek naponta fogyasztottak LSD-t, az átlag dózis naponta 142,2 mikrogramm volt, a terápia időtartama pedig 2 és 1366 nap között változott. Az LSD-vel kezelt csoportnál a törések aránya 0,8 százalék volt, az LSD-vel és UML-lel kezelt csoportnál pedig 1,00 százalék. Ezek az értékek nem különböztek szignifikánsan a kontrollértéktől. Az e kutatásban részt vevő páciensek kettő-négy évvel a kromoszóma-vizsgálatok előtt részesültek LSD-kezelésben. A szerzők beismerték, hogy ennyi idő alatt elmúlhatott az LSD leukocytá-kromoszómákra gyakorolt negatív hatása. Ebből azonban azt a következtetést is levonhatjuk, hogy az LSD-terápiának nincs hosszú távú hatása a kromoszómákra.

Tjio, Pahnke és Kurland (106) nyolc "normális" alany kromoszóma-vizsgálatának eredményeit közölték, akik kísérleti kutatások során 1-26 alkalommal kaptak tiszta LSD-t, 2-15 hónappal a vérvétel időpontja előtt. Ebben a csoportban a kromoszóma-károsodások átlagos gyakorisága 2,8 százalék volt, és az egyéni érték egyetlen alanynál sem haladta meg az LSD használata előtt mért 4,3 százalékos átlagértéket.

Corey és munkatársai (24) tizenhat páciens retrospektív kromoszóma-vizsgálatának eredményeiről számoltak be, akik közül öten csak LSD-t, öten csak meszkalint, hatan LSD-t és meszkalint is kaptak. A tizenegy LSD-vel kezelt személynél - akik 200-4350 mikrogramm közötti dózisokat kaptak - a kromoszóma-törések gyakorisága nem különbözött a tizenhárom kontrollalanytól megfigyelt értéktől. A törések gyakorisága az LSD-használóknál 7,8 százalék, a meszkalin-használóknál 5,6 százalék, az LSD és a meszkalin használóinál 6,4 százalék, a kontrollcsoportnál pedig 7,0 százalék volt.

Egy nem publikált kutatásban *Dishotsky és munkatársai* öt olyan alany kromoszómáit vizsgálták meg, akik a múltban tiszta LSD-t kaptak. Ebben a csoportban a törések átlagos előfordulási aránya (0,40 százalék) nem különbözött szignifikánsan a nyolc kontrollalanytól mért értéktől (0,63 százalék). A témával kapcsolatos kutatásokat áttekintő cikkükben *Dishotsky és munkatársai* (28) rámutattak, hogy az összesen hetven tiszta LSD-vel kezelt alanyból ötvennyolcnál a kezelést követően nem találták nyomát kromoszóma-elváltozásnak. A hátralévő tizenkét alanyból kilencnél hiányosak voltak az adatok, így nem tudták kiszámolni, hogy az alanyok hány százalékánál nőtt meg a törések gyakorisága. Becslésük szerint ez az érték valahol 17,1 és 4,9 százalék között lehetett. A hiányos adatokkal rendelkező tizenkét alany közül - egy kivételével - mindenkit ugyanaz a kutatócsoport vizsgált meg. *Dishotsky és munkatársai* szerint az e csoport által alkalmazott eljárások sajátosságai, a hiányos adatok, az adatok megkérdőjelezhető újbóli analízise, valamint a mért alacsony törési gyakoriságok miatt ezek a kísérletek nem szolgáltatnak egyértelmű bizonyítékot arra, hogy a tiszta LSD kromoszóma-károsodást okoz.

A kromoszóma-eltérő vizsgálati tisztá LSD-t fogyasztó alanyoknál. Az LSD esetleges kromoszóma-károsító hatásának vizsgálatánál módszertanilag legkevésbé problémásnak és legmegbízhatóbbnak azok a kutatások tűnnek, amelyek a kromoszómák vizsgálatát mind LSD-fogyasztás előtt, mind utána elvégzik. Az e csoportba tartozó kutatások közül az elsőt *Hungerford és társai* (55) publikálták 1968-ban. Ezek a kutatók három pszichiátriai beteg kromoszómáit vizsgálták meg, mielőtt és miután az illetők LSD-terápián vettek részt. A betegektől az LSD-terápia megkezdése előtt, az egyes ülések kezdete előtt egy órával, az ülések után egy és tizennégy órával, valamint a terápia befejezése után egytől hat hónapig terjedő időközönként vettek vért. Az LSD intravénás használata után mindhárom alanynál a kromoszóma-eltérők gyakoriságának növekedését figyelték meg. E növekedés a három alanyból kettőnél nem volt számottevő mértékű, ám dicentrikus és gyűrűs kromoszómákat a kutatók csak a kezelés után láttak, és nőtt az acentrikus töredékek gyakorisága is. Az utánkövető vizsgálatok eredményei szerint a törések gyakorisága mindhárom páciensnél visszatért az eredeti szintre. Az e kutatásból származó eredmények azt mutatják, hogy a tisztá LSD átmenetileg megnövelheti a kromoszóma-károsodás esélyét, ám az utolsó dózis elfogyasztása után egy hónappal e változások már nem mutathatók ki. Az eredmények értelmezését némiképp bonyolítja, hogy a kísérletben az alanyok klórpromazint (thorazin) is kaptak, amelynek szintén lehet kromoszóma-károsító hatása. Érdeemes megjegyezni azt is, hogy *Hungerford* kísérlete volt az egyetlen, amelyben az LSD-t intravénásan adták be.

Tjio, Pahnke és Kurland (106) Maryland Pszichiátriai Kutató Központban végzett, kontrollált dupla-vak kísérletben harminckét bentfekvő alkoholistát és neurotikus beteget kezeltek LSD-vel. Az LSD dózisa tizenegy páciensnél 50 mikrogramm, huszonegyenél 250-450 mikrogramm közötti volt. Ebben a vizsgálatban a kutatók több mint kétszer annyi sejtet vizsgáltak meg (22500), mint az összes többi - gyógyszerészeti tisztaságú LSD-t használó alanyokon végzett - kutatásban együttvéve. A kutatók nem találtak összefüggést a kromoszóma-törések száma és a dózis nagysága között; sőt, az alacsony dózissal kezelt betegeknél nagyobb növekedést mutattak ki, mint a nagy dózissal kezeltéknél. A vizsgált személyek közül öten a kutatás megkezdése előtt 4-36 alkalommal feketepiaci LSD-t is használtak. Ezekről az alanyokról a tisztá LSD-vel végzett kezelés előtt, alatt és után is vettek vért, két vagy három alkalommal. Az adatok statisztikai elemzése nem mutatott szignifikáns különbséget a kromoszóma-törések LSD-használat előtt és után mért gyakorisága között. Egy másik prospektív vizsgálatban *Corey és munkatársai* (24) tíz személy kromoszómáit vizsgálták meg, mielőtt és miután az illetők 200-600 mikrogramm tisztá LSD-t fogyasztottak el. A szerzők nem találtak szignifikáns különbséget a fogyasztás előtti és utáni állapot között, így ők is az előzőleg említett kutatás negatív eredményeit igazolták.

Ebben az összefüggésben érdemes megemlíteni két másik prospektív kutatást, amelyek az LSD hatására fellépő kromoszóma-károsodást rhesus majmokon (*Macaca mulatta*) vizsgálták. *Egozcue és Irwin* (32) az állatoknak nagy dózisu LSD-t (40 mikrogramm/kg) adagoltak tíz napos időközönként, összesen négy alkalommal. Az állatok közül kettőnél a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedését figyelték meg, a másik két állat azonban nem mutatott hasonló eltérőt. *Kato és munkatársai* (66) átmeneti kromoszóma-eltérőket figyeltek meg, miután több alkalommal, nagy dózisban (125-1000 mikrogramm/kg/injekció), bőr alá injektált LSD-t adtak a rhesus majmoknak. Bár az adatok statisztikai elemzését a szerzők nem végezték el, *Dishotsky-ék* (28) későbbi analízise feltárta, hogy az eltérések nem voltak szignifikánsak.

Dishotsky és munkatársai (28) a prospektív LSD-kutatásokról is készítettek egy szinoptikus áttekintést. Elemzésük szerint a tisztá LSD-vel kezelt 56 páciens közül mindössze hatnál (10,7 százalék) sikerült kimutatni a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedését; közülük hárman intravénásan kapták az LSD-t, és egyiküknek vírusos fertőzése volt. A hat pozitív eredményt hozó alany közül egyet nem tudtak elérni utánkövető vizsgálatok céljára. A fennmaradó öt személynél a kromoszóma-törések gyakorisága később visszatért a kezelés előtti szintre. Az LSD-kezelés előtt és után is megvizsgált alanyok 89,3 százalékánál nem mutattak ki semmilyen kromoszóma-eltérőt. Ezek az eredmények összhangban vannak azon hét kutatócsoport közül ötnek a negatív eredményeivel, akik a kromoszóma-törések gyakoriságát csak az LSD-használat után vizsgálták.

A magzati sejtek kromoszómális változásai

Az eddig ismertett kromoszóma-vizsgálatok pozitív eredményei a múltban sok szakembert készítettek arra, hogy messzemenő spekulációkba bocsátkozzék az LSD esetleges magzat-károsító hatásával kapcsolatban. Az újságírók és egyes tudósok apokaliptikus hangvételű cikkeket írtak arról, milyen komoly veszélyei lehetnek az LSD-nek a szerhasználók utódaira nézve. Ezek a spekulációk azonban meglehetősen elietettek

és megalapozatlannak tűnnek. Az az érvelés, amely a kromoszómákban megfigyelt strukturális abnormitásokra "károsodásként" tekint, és ezek jelenlétéből automatikusan genetikai károsodásra következtet, súlyos logikai hibákat tartalmaz. A valóság az, hogy nincs egyértelműen tisztázva a fehérvérsejtek kromoszómaiban végbemenő strukturális változások funkcionális jelentősége, és nem tudjuk, van-e összefüggés ezen elváltozások és a genetikai károsodás között. Számos vegyi anyag létezik, amely bizonyítottan károsítja a kromoszómákat, miközben nincs negatív hatással a genetikai állományra vagy a magzati fejlődésre. A probléma komplexitását jól illusztrálja a vírusok esete. Számos vírusos betegség (herpes simplex, övsömör, kanyaró, bárányhimlő, influenza, sárgaláz, talán a mumpsz) jól megfigyelhető kromoszóma-károsodást okoz, miközben egyáltalán nem károsítja a születendő magzatot. A rubeola a kivételek közé tartozik: ez a betegség gyakran okoz súlyos magzati deformitást, ha az anya a terhesség első trimeszterében fertőződik meg. (79)

A módszertani problémák és az inkonzisztens eredmények mellett van egy további tény is, amelyet figyelembe kell vennünk. Az eddig ismert kutatások a tiszta és a feketepecsi LSD kromoszómákra gyakorolt hatását *in vitro* és *in vivo* körülmények között egyaránt a fehérvérsejteken vizsgálták. Az LSD fogyasztásával járó esetleges öröklési veszélyre azonban e kutatások alapján nem következtethetünk, mivel a limfocitáknak nincs szerepük a reprodukciós folyamatban. Öröklési veszélyről megalapozottan csak akkor beszélhetnénk, ha a kromoszóma-elváltozásokat a csírasejtekben - spermiumokban, petesejtekben, vagy ezek prekursoraiban - tudnánk kimutatni. Sajnálatos módon az LSD magzati sejtek kromoszómáira (az ún. meiotikus kromoszómákra) gyakorolt hatását vizsgáló néhány kutatás épp olyan ellentmondásos eredményekre jutott, mint azok, amelyek a szomatikus sejteket vizsgálták.

Skakkebaek, Phillip és Rafaelsen (95) hat egészséges hím egér meiotikus kromoszómáit vizsgálták meg, miután az egereket nagy dózisu LSD-vel injekciózták be (1000 mikrogramm/kg); az injekciók száma és az LSD-kezelések gyakorisága változó volt. Az LSD-vel kezelt állatokban számos kromoszóma-törést, hiányt és azonosítatlan töredéket találtak, miközben a kontroll állatokban - egy-két kivételtől eltekintve - nem történt hasonló elváltozás. A szerzők szerint eredményeik kísérletileg igazolják, hogy nagy dózisu LSD-nek káros befolyása lehet az egerek meiotikus kromoszómáira. Bár elismerték, hogy a kromoszóma-hibák száma alacsony volt, és nem zárható ki a technikai hiba lehetősége, cikküket azzal a megállapítással zárták, hogy ezek a változások károsan befolyásolhatják a nemzőképességet, csökkenthetik az utódok számát és születési rendellenességet okozhatnak. Egy későbbi kutatásban *Skakkebaek és Beatty* (94) négy egér bőre alá adtak LSD-injekciót, 1000 mikrogramm/kg dózisban, öt héten át hetente kétszer. Az adatok vak módszerrel elvégzett analízise a kezelt egerek közül kettőnél mutatott ki megnövekedett kromoszóma-károsodási gyakoriságot. Az LSD-vel kezelt egerek spermiumai mellett morfológiai eltérést is mutattak: a fejük szélesebb volt, és a fej konvex oldala kerekesebb, mint a kontroll egerek spermiumaié. Az eredmények gyakorlati jelentőségét jelentősen csökkenti az a tény, hogy a kísérletben használt dózisok messze meghaladták az embereknél klinikai gyakorlatban használt dózisokat. A kísérletben használtak megfelelő dózis embereknél 60,000-100,000 mikrogramm lenne személyenként, ami 100-1000-szerese a kísérleti és klinikai munkában használt átlagos dózisnak.

A meiotikus kromoszómák LSD-okozta károsodásáról számolt be *Cohen és Mukherjee* (23) cikke is. Ezek a szerzők tizenhárom hím egérnek adtak LSD-injekciót, 25 mikrogramm/kg-os koncentrációban. Bár a vizsgálat kimutatta, hogy a meiotikus sejtek kevésbé sérülékenyek, mint a szomatikus sejtek, a kromoszóma-károsodások gyakoriságában az LSD-vel kezelt egereknél tízszeres növekedést tapasztaltak. A maximális növekedést kettő-hét nappal az injekció után tapasztalták, ezután a károsodások száma csökkenni kezdett, majd három hét elteltével az eredeti szint közelébe ért. Az embereken végzett citogenetikai vizsgálatok bizonyítékai alapján a szerzők megállapították, hogy az ilyen típusú kromoszóma-elváltozás csökkent nemzőképességhez, születési rendellenességekhez és vetéléshez vezethet.

Az LSD meiotikus sejtekre gyakorolt hatását vizsgáló többi kutatás lényegében negatív eredménnyel zárult. *Egozcue és Irwin* (32) egereken és rhesus majmokon vizsgálta az LSD hatását. Ebben a kutatásban az egerek 5 mikrogramm/kg dózisu LSD-t kaptak, naponta egy-tíz alkalommal. Emellett négy felnőtt rhesus makákó is kapott LSD-t, kilogrammonként 5, 10, 20 és 40 mikrogrammos dózisban. Ezt az LSD-adagot hat hónappal később a majmok közül háromnál, tíz napos időközönként négy újabb dózis követte, dózisonként 40 mikrogramm/kg LSD-vel. A szerzők mind az egerek, mind a majmok vizsgálatánál negatív eredményre jutottak. Az egereknél esetileg megfigyelt kromoszóma-törések és töredékek hasonló arányban fordultak elő a kontroll és a kísérleti állatoknál. A rhesus majmoknál nem találtak szignifikáns különbséget az akut és a hosszú távú kezelést megelőző, illetve az azt követő állapot között.

Jagiello és Polani (60) cikkükben egy jól felépített és szofisztikált kutatásról számolnak be, amelyben az LSD egerek csírasejtjeire gyakorolt hatását vizsgálták. A kutatók nőstény és hím egereken végeztek akut és hosszú távú kísérleteket. A hosszú távú kísérletekben az LSD dózisa 0,5-5,0 mikrogramm között mozgott; az akut kísérletekben egyetlen 1000 mikrogramm/kg-os dózisu injekciót adtak az egerek bőre alá. Ez a kutatás lényegében negatív eredményt hozott, amit a szerzők a szer adagolásának módja, a választott dózisosok, illetve a kísérleti állatok fajtája közti eltérésekkel magyaráztak.

A publikált kutatások közül kettőben az LSD meiotikus kromoszómákra gyakorolt hatását a genetika történetében kulcsszerepet játszó banánlégyen (*Drosophila melanogaster*) vizsgálták. Az egyik kutatásban Grace, Carlson és Goodman (44) hím legyeket injektált 1, 100 és 500 mikrogramm/cm³ koncentrációjú LSD-oldattal. Ez a dózis emberre vetítve körülbelül egy liter oldatot jelentene, amely 1.000, 100.000, illetve 500.000 mikrogramm LSD-t tartalmazna. Az injekció beadása után a kutatók sem a premeiotikus, sem a meiotikus, sem a poszt-meioitikus spermiumokban nem találtak kromoszóma-töréseket. Konklúziójuk szerint az LSD-t mutagén hatása alapján teljesen más osztályba kell sorolnunk, mint pl. az ionizáló sugárzást vagy a mustárgázt. Ha az LSD-nek van mutagén vagy radiomimetikus hatása, az nem nevezhető túl erőteljesnek. Egy másik kutatásban Markowitz, Brosseau és Markowitz (74) 24 órán keresztül 1 százalékos szacharóz-oldatban feloldott LSD-vel etette a hím legyeket; az alkalmazott LSD-koncentráció 100, 5.000 és 10.000 mikrogramm volt cm³-enként. Ezek a kísérletek semmilyen mérhető elváltozást nem találtak a kromoszóma-törések gyakoriságában. A szerzők konklúziója szerint az LSD-nek a *Drosophila* fajra nincs értékelhető kromoszóma-károsító hatása.

Ha az állatkísérletekből származó adatokat az emberre kívánjuk alkalmazni, akkor igen nagy óvatossággal kell eljárunk, mivel a vizsgálatokban használt állatfajok és az ember között jelentős eltérések vannak. Az LSD emberi csírasejtekre gyakorolt hatását eddig egyetlen kutatócsoport, Hultén és munkatársai (54) vizsgálták. Ők egy olyan LSD-használó heréin végeztek szövettani vizsgálatot, aki korábban jelentős mennyiségben fogyasztott feketepiaci LSD-t. Az alany állítása szerint a használt LSD-dózis elérte az 1.000 mikrogrammot, és ezt a mennyiséget négy héten át minden nap elfogyasztotta. A masszív dózisok ellenére nem találták nyomát annak, hogy nőtt volna a strukturális kromoszóma-elváltozások gyakorisága.

Az LSD kromoszómákra gyakorolt hatásáról szóló összefoglalónkat azzal a megállapítással zárhatjuk, hogy az eddigi kutatások eredményei nem bizonyítják egyértelműen az LSD kromoszóma-károsító hatását, annak ellenére, hogy a kísérletek nagy részében a dózisok messze meghaladták a klinikai gyakorlatban használt dózisokat. Továbbra is nyitott kérdés, hogy az LSD okoz-e strukturális változásokat a kromoszómákban. Ha okoz, akkor nem tudjuk, erre milyen körülmények között és milyen dózisonál kerül sor, továbbá az sem világos, hogy e változások miként értelmezendők, és milyen funkcionális jelentőséggel bírnak. Ezt a kérdést sajnos még egy módszertanilag tökéletes kromoszóma-vizsgálattal sem tudnánk eldönteni. A jövő kutatásainak jóval nagyobb hangsúlyt kell fektetniük arra, hogy az LSD genetikai mutációra és magzati fejlődésre gyakorolt hatását feltárják.

AZ LSD MUTAGÉN HATÁSAI

A genetikai mutációval kapcsolatos kutatások klasszikus kísérleti állata a banánlégy (*Drosophila melanogaster*). Több kutatócsoport is volt, akik az LSD mutagén hatását ezen a fajon vizsgálták. Grace, Carlson és Goodman (44) 1-500 mikrogramm/cm³ koncentrációjú LSD-oldatot injektáltak a banánlegyek hasfalába. Eredményeik szerint az LSD-vel kezelt állatok csoportjában nem nőtt a genetikai mutációk száma. Kísérleteik negatív eredménye miatt a szerzők nem tartják túl valószínűnek, hogy az LSD embernél genetikai mutációt idézne elő. Markowitz, Brosseau és Markowitz (74) hím banánlegyeket etetett 100, 5.000 és 10.000 mikrogramm/cm³ koncentrációjú LSD-oldattal. Az LSD-vel kezelt legyeknél szignifikáns növekedést mutattak ki a nemhez kötött recesszív letális mutációk gyakoriságában. A szerzők végkövetkeztetése szerint az LSD - magas koncentrációban - gyenge mutagén hatással van a *Drosophilára*.

A banánlégyen kísérletező kutatócsoportok közül többen jelezték, hogy az LSD alacsony koncentrációjú oldatai nem váltanak ki mutagén hatást, míg a kiemelkedően magas dózisok növelik a mutációk gyakoriságát. Vann (111) eredményei szerint egy 24.000 mikrogramm/kg nagyságú dózis nem növelte szignifikánsan a recesszív letális mutációk gyakoriságát, míg egy 470.000 mikrogramm/kg-os dózis már igen. Browning (15) 0,3 mikroliternyi, 10.000 mikrogramm/cm³ koncentrációjú LSD oldatot injektált a banánlegyek hashártyájába; ez a dózis embernél kb. 4.000.000 mikrogramm/kg-nak felelne meg. A beavatkozást a hetvenöt légyből mindössze tizenöt élte túl, és ezek közül csak tíz maradt nemzőképes. A

szerző a hím legyeknél szignifikáns növekedést tapasztalt az X-kromoszómák recesszív letális mutációiban. Amikor az eredeti oldatot 1:1 arányban hígítva további száz hím légybe injektálta, a harmincöt túlélőből harminc maradt nemzőképes, és a mutációk gyakorisága észrevehetően csökkent. Šrám (101) LSD-vel végzett kísérletei alapján arra a következtetésre jutott, hogy a banánlegyben az LSD gyenge mutagénként viselkedik, és csak nagyon magas koncentrációban okoz gén- vagy kromoszóma-mutációt. Ez a megállapítás összhangban áll az LSD mutagén hatását vizsgáló más kutatások eredményeivel.

Az LSD hatását a banánlegy mellett egy másik - genetikai kísérleteknél gyakran használt - fajon, az *Ophistoma multiannulatum* gombán is megvizsgálták. Zetterberg (118) a gomba sejtjeit 20-50 mikrogramm/cm³ koncentrációjú LSD-vel kezelve nem talált semmilyen különbséget a kezelt és a kontroll sejtek között. A banánlegyeken és gombákon végzett kutatások adatai arra utalnak, hogy az LSD gyenge mutagénként viselkedik; a tényleges károsodás eléréséhez olyan dózisban kell adagolni, amely több nagyságrenddel meghaladja az emberi alanyoknál használt dózisokat.

Több érdekes kutatásról tudunk, amelyek azt vizsgálták, miként lép kölcsönhatásba az LSD a DNS-sel (dezoxiribonukleinsav) és az RNS-sel (ribonukleinsav). Ezek a vizsgálatok szintén hozzájárulhatnak ahhoz, hogy jobban megértsük az LSD és a kromoszómák vagy a gének interakciójának mechanizmusát. *Yielding és Sterglanz* (115) spektrofotometrius eljárással kimutatták, hogy az LSD-t, annak inaktív optikai izomerjét, valamint inaktív brominált analógját egyaránt megköti a borjú csecsemőmirigyének helikális DNS-e. Ugyanez a kapcsolat nem jött létre az élesztő RNS-ével, illetve a nem-helikális DNS-sel, ami arra utal, hogy ez az interakció helikális DNS-specifikus.

Wagner (112) kísérletei azt mutatták, hogy az LSD közvetlen kölcsönhatásba lép a borjú tisztított csecsemőmirigy DNS-ével, és - feltehetőleg interkaláció révén - konformációs változást idéz elő benne. A kutató szerint ez a változás nincs számottevő hatással a DNS-spirál belső stabilitására, így valószínűtlen, hogy kromoszóma-töréshez vezetne. Ugyanakkor kiválthatja a hisztonok leválását, ami a DNS-t sebezhetőbbé teszi az enzimikus támadásokkal szemben. *Smythies és Antum* (98) hasonló kísérleteik alapján arra jutottak, hogy az LSD a nukleinsavakhoz interkaláció révén csatlakozik. *Dishotsky és munkatársai* (28) szerint ez segít megérteni, milyen fizikai mechanizmus állhat annak hátterében, hogy az LSD magas dózisban mutagénként viselkedik a banánlegyben és a gombákban.

Nosal (83) a fejlődésben lévő patkányok kisagyának Purkinje-sejtjein vizsgálta az LSD hatását. A kutató arra próbált választ találni, hogy a ribonukleoproteinek (RNP) miként működnek közre a sejt-riboszóma rendszer differenciálásában. Nagy dózisu LSD-vel (100-500 mikrogramm/kg) észrevehető változásokat tudott előidézni ennek a sejtrendszernek a struktúrájában és a festés mintázataiban.

A fentieket összefoglalva úgy tűnik, hogy az LSD és a genetikai folyamatokban kulcsszerepet játszó vegyi anyagok között érdekes interakciók mennek végbe, de ezek végérvényes tisztázásához további kutatásokra van szükség.

AZ LSD TERATOGEN HATÁSAI

A múltban többször is találkozhattunk azzal a hipotézissel, hogy az LSD potenciálisan koraszülést, vetélést vagy születési rendellenességet okozhat. Az LSD magzati fejlődésre gyakorolt hatását eddig főként rágcsálókön vizsgálták. Miután *Idänpään-Heikkilä és Schoolar* (56) autoradiográfiás vizsgálata kimutatta, hogy az LSD a placentáris transzferral átjut a magzatba, sokan elképzelhetőnek tartották, hogy befolyásolhatja annak fejlődését. Ebben a kutatásban az állatokba injektált LSD gyorsan átjutott a placentáris gáton. A kutatók megjegyzik, hogy az LSD nagy része az anya szervezetében maradt, így az injektált dózisnak csak töredéke jutott át ténylegesen a magzatba.

Az egereken, patkányokon és hörcsögökön végzett hasonló kísérletek eredményei meglehetősen ellentmondásosak. *Auerbach és Rugowski* (10) jelentős magzati károsodást tapasztaltak, miután kísérleti egereiket a terhesség korai szakaszában viszonylag alacsony dózisu LSD-vel kezelték. A tapasztalt rendellenességek kivétel nélkül jellegzetes agyi elváltozásokkal jártak. Gyakran megfigyelték az alsó állkapocs abnormitását, a szemek eltolódását vagy az arckontúr módosulását. Ha az egerek LSD-kezelésére a gestációs periódus hetedik napja után került sor, akkor a kezelés nem befolyásolta a magzatok fejlődését. Ezt az eredményt részlegesen *Hanaway* (47) kísérletei is igazolják, aki egy másik egérfajon vizsgálta az LSD hatását. *Hanaway* egereinek utódainál - hasonló dózisok használata mellett - nagy számban fordultak elő szemlencse-abnormitások, ám a központi idegrendszer elváltozását még hisztológiai vizsgálattal sem sikerült kimutatnia. *DiPaolo, Givelber és Erwin* (27) terhes egereket és hörcsögöket kezeltek LSD-vel. Az egereknél

az injektált LSD mennyisége állatonként 0,5 és 30 mikrogramm között változott; a szíriai hörcsögöket egyetlen, 10-300 mikrogramm közötti dózissal kezelték. A szerzők szerint vizsgálatuk nem igazolja, hogy az LSD-nek teratogén hatása lenne az egerekre és a szíriai hörcsögökre. Azt a tényt, hogy más kutatások a deformált magzatok számának növekedéséről számoltak be, azzal magyarázták, hogy az LSD hatása hangsúlyosabbá teheti az egyéni küszöbértékek közti eltéréseket. Meg kell említenünk, hogy az e kutatásban használt LSD-dózis az embernél szokásosan használt dózis 25-1000-szerese volt. *Alexander és munkatársai* (4) terhes patkányokat kezelték 5 mikrogramm/kg dózissal LSD-vel. Két kísérletben, amikor az LSD-t a terhesség korai szakaszában adták be, szignifikáns növekedés mutatkozott a halva született és a visszamaradt utódok számában. A harmadik kísérletben, amikor az állatok az LSD-t - hasonló dózisban - a terhesség végén kapták meg, a szernek nem volt észrevehető hatása az utódokra. *Geber* (42) beszámolt egy kutatásról, amelyben terhes hörcsögöket kezelt LSD-vel, meszkalinnal és az LSD egy brominált származékával. Ebben a kutatásban jelentősen nőtt a satnya, halva született és reabszorbált magzatok száma a kontrollcsoporthoz képest. Az élve született utódokban központi idegrendszeri elváltozásokat is talált, például exenkefáliát, nyitott gerincet, interparietális meningocelét, köldöksérvet, vízfejűséget, myelocelét, vérzést a környéki agyterületeken, továbbá ödémát a gerincoszlop körül és a test egyéb részeiben. Az e kísérletben használt LSD-dózisok 0,8-tól 240 mikrogramm/kg-ig terjedtek. A dózis nagysága és a fejlődési rendellenességek gyakorisága azonban nem korreláltak egymással. Az LSD és a meszkalin hasonló deformitásokat váltott ki, de a meszkalin kevésbé tűnt teratogénnek, mint az LSD.

Az eddig említett állatfajokon végzett kutatások fennmaradó része negatív eredménnyel zárult. *Roux, Dupuis és Aubry* (88) egereket, patkányokat és hörcsögöket kezelték naponta 5-500 mikrogramm/kg dózissal LSD-vel. A kísérleti állatok egyik csoportjánál sem tapasztalták az utódok halandósági rátájának növekedését, vagy a magzatok átlagsúlyának csökkenését. A kontrollcsoporthoz képest nem növekedett jelentős mértékben a külső elváltozások gyakorisága, és a kísérleti állatok kb. 40 százalékánál elvégzett szekciók nem tártak fel zsigeri rendellenességet. A szerzők végkövetkeztetése szerint az LSD a három vizsgált fajnál nem rendelkezik abortuszra hajlamosító, teratogén vagy magzati fejlődést lassító hatással, még relatíve magas dózisok esetén sem.

Az LSD teratogén hatását patkányokon vizsgáló kutatások közül legalább négy negatív eredménnyel zárult. *Warkany és Takacz* (113) nem találták nyomát fejlődési rendellenességnek az általuk kezelt Wistar-patkányokban, annak ellenére, hogy a kísérletben nagy dózissal LSD-t használtak (nyolcvanszor annyit, mint *Alexander és munkatársai*). (4) Az egyetlen elváltozás az volt, hogy az utódok egyike kisebb volt a szokásosnál. *Nosal* (83) terhes patkányoknak adott LSD-t 5, 25 és 50 mikrogramm/kg-os dózisokban, a gestációs periódus negyedik és hetedik napján. A vizsgált állatok közül egynél sem került sor a fej, a gerincoszlop vagy a végtagok külső elváltozására, továbbá nem talált makroszkopikus sérülést a központi idegrendszerben és a hasi szervekben sem. A kontrollcsoporthoz képest nem tért el a halálozások, magzat-reszorpciók és méretcsökkenések gyakorisága, még magasabb dózisoknál sem. *Uyeno*, aki két kutatást végzett a témában, (109, 110) szintén negatív eredményekről számolt be.

Fabro és Sieber (35) az LSD és a thalidomid fehér nyulak magzati fejlődésére gyakorolt hatását vizsgálták. A thalidomid komolyan károsította a magzati fejlődést, növelte a reszorpciók, a testsúlycsökkenés és a magzati rendellenességek gyakoriságát. A 20-100 mikrogramm/kg dózissal LSD-vel kezelt terhes nyulak utódai azonban nem mutattak szignifikáns eltérést a kontroll állatokhoz képest. Amikor a naponta 100 mikrogramm/kg-ig terjedő dózissal kezelt nyulak utódait a születésük után huszonnyolc nappal megvizsgálták, az egyedüli szignifikáns csökkenés az állatok átlagos testsúlyában mutatkozott.

Dishotsky és munkatársai (28) szerint a rágcsálókön végzett eddigi kísérletek arra utalnak, hogy az LSD hatására való érzékenység egyedenként, törzsenként, illetve fajonként jelentős eltéréseket mutat. Amennyiben észlelhető hatás, az csak a gestációs periódusban végzett kezelésnél fordul elő, a terhesség későbbi szakaszában végzett kezelésnél nem. Rendkívüli óvatossággal kell eljárunk, ha a rágcsálókkal végzett kísérletek eredményeit az emberre akarjuk extrapolálni. A rágcsálók méhlepényében nincsenek chorionbolyhok, így a magzat vért csak az endoteliális falak választják el az anya szinuszeitől. Emiatt a rágcsálók jóval érzékenyebbek a teratogén hatásokra, mint az ember.

Főemlősökön eddig csak *Kato és munkatársai* (66) végeztek kutatást, ők terhes rhesus majmok bőre alá fecskendeztek LSD-t, több alkalommal. A négy kezelt állatból egynek született egészséges utóda, két magzat halva, arci deformitásokkal született, az utolsó pedig egy hónappal a születése után meghalt. A kontrollcsoportot alkotó két állat egészséges utódokat hozott a világra. Az e kutatásban alkalmazott dózis több mint 100-szorosa volt az emberkísérleteknél használt dózissal. A szerzők megjegyzi, hogy a kezelt állatok alacsony száma miatt eredményeikből nem lehet érdemi következtetést levonni.

Az LSD emberi magzatok fejlődésére gyakorolt hatásáról nem rendelkezünk elegendő információval, az eddigi adatok kivétel nélkül klinikai megfigyelésekből származnak. Ezt a kérdést - érthető okokból - nem tudjuk kísérleti úton vizsgálni. A szakirodalomban hat olyan esetről olvashatunk, amikor a terhesség előtt vagy alatt feketepiaci LSD-t használó anya gyermeke fejlődési rendellenességgel jött a világra. *Abbo, Norris és Zellweger* (2) írnak egy gyermekről, aki deformált végtagokkal született. A gyermek szülei mindketten rendszeres LSD-használók voltak; a szer, amelyet használtak, ismeretlen tisztaságú volt, és azonosítatlan feketepiaci forrásból származott. Az anya a terhesség ideje alatt négy alkalommal használt LSD-t, ebből kétszer az első három hónapban, a magzat végtagjainak differenciálódása idején. *Zellweger, McDonald és Abbo* (117) beszámolnak egy gyermekről, aki a láb unilaterális deformitásával született. A megfigyelt rendellenesség, az ún. fibuláris aplasia a szárcapocscsont hiányával, a megrövidült sípcsont elülső oldali elhajlásával, a láb laterális oldalán a sugarak hiányával, a combcsont rövidülésével és a csípő elmozdulásával jár együtt. A gyermek szülei mindketten feketepiaci LSD-t használtak, az anya a terhesség 25. napján, valamint az utolsó menstruációs periódus utáni 45. és 98. nap között további három alkalommal. A szerzők hangsúlyozták, hogy az alsó végtagok differenciálódásának legaktívabb szakasza a gestációs periódus hetedik hetére esik; ezt a thalidomiddal végzett embriopatológiai vizsgálatok is kimutatták. *Hecht és munkatársai* (49) a kar deformálódását figyelték meg egy olyan gyermeknél, akinek szülei LSD-t fogyasztottak és marihuánát szívtak. Az anya ismeretlen mennyiségben fogyasztott LSD-t a terhesség előtt és annak korai szakaszában. A szerzők következtetése szerint nem világos, hogy az LSD mekkora szerepet játszott a deformitás kialakulásában. *Carakushansky, Neu és Gardner* (16) szintén beszámoltak egy hasonló esetről, amelyben egy csecsemő bal kezének ujjainál terminális transzverz hiányosságot állapítottak meg, a jobb kézen pedig syndactyliát és az ujjak rövidülését. Az ujjak ilyenkor nem válnak szét, így képtelenek a független működésre. Az anya állítása szerint LSD-t és marihuánát is használt a terhessége alatt. *Eller és Morton* (34) egy súlyosan deformált csecsemőről számoltak be, akinél rendellenes módon fejlődött ki a csontváz thoracikus része (spondylothoracic dysplasia). Ez egy ritka rendellenesség, amelyet azelőtt kizárólag puerto rico-i szülők gyermekeinél figyeltek meg. Ennél az esetnél az anya egyetlen alkalommal használt LSD-t, a fogantatás időpontja körül. A szerzők kétségbe vonják, hogy ok-okozati kapcsolat állna fenn az LSD-használat és a fejlődési rendellenesség kialakulása között. Végül *Hsu, Strauss és Hirschhorn* (53) egy olyan esetről számoltak be, amelyben egy lány magzat többszörös rendellenességekkel született, olyan szülők gyermekeként, akik mindketten a fogantatás előtt használtak LSD-t. A terhesség alatt az anya marihuánát, barbiturátokat és methedrint is használt. Ennél az esetnél a rendellenességek egy ritka kromoszóma-károsodással, az ún. 13-as triszómiával társultak.

Berlin és Jacobson (12) 112 női alany 127 terhességét vizsgálta, ahol a szülők közül legalább az egyik bevallottan használt LSD-t a gyermek fogantatása előtt vagy után. A vizsgált terhességek közül hatvankét esetben született gyermek, közülük hatnak volt születési rendellenessége, és egyikük a születést követően meghalt. Az ötvenhat normális újszülöttről egy intrapulmonáris vérzés következtében elhunyt. A terhességek közül hatvanötnek abortusz vetett véget, ezek közül hét spontán módon következett be, és a hét elvetélt magzat közül négy volt abnormális. A tizennégy orvosilag elvetett gyermek közül négy bizonyult abnormálisnak. Ennél a csoportnál a központi idegrendszeri károsodások gyakorisága kb. tizenhatszorosa volt a normális populációt jellemző értéknek. Az abortált magzatoknál kivétel nélkül a cortex sikertelen fúzióját figyelték meg. Az élve született hat abnormális gyermekből háromnak myelomeningoceléje és vízfeje, egynek csak vízfeje volt. A szerzők hangsúlyozták, hogy az e kutatásban részt vevő anyák több szempontból is kiemelten veszélyeztetett csoportot alkottak. A feketepiaci LSD fogyasztásán kívül e csoportban elterjedt volt a politoxikománia (a csoport 15 százaléka használt narkotikumokat), az átlagnál nagyobb számban fordultak elő vírusos megbetegedések, és jellemző volt a hiányos táplálkozás. Az orvosi abortuszok nagy részét pszichiátriai okokból hajtották végre. A vizsgált nők 36 százaléka hasi panaszok miatt kiterjedt radiológiai vizsgálatokon is átesett.

Berlin és Jacobson kutatásának alanyai, valamint a korábban említett szülők, akiknek magzata fejlődési rendellenességgel született, valamennyien feketepiaci LSD-t használtak, amelynek a kutatók sem összetételét, sem eredetét nem tudták megállapítani. A gyógyszerészeti tisztaságú LSD-vel folytatott kísérletek alanyainál a mai napig nem fordult elő hasonló deformitás. Mint azt *Blaine* (13) *Eller és Morton* (34) cikkének kritikájában is megfogalmazta, nincs tudományos bizonyítékunk rá, hogy a fent ismertetett esetekben ok-okozati kapcsolat állt volna fenn az illegális drogok fogyasztása és a fejlődési rendellenességek kialakulása között. Az eredmények pusztán véletlenként is értelmezhetők, de tulajdoníthatók más tényezőknek is, például az anya hiányos táplálkozásának, hátrányos fiziológiai, pszichológiai és patológiai állapotának, szociális és gazdasági körülményeinek, vagy különféle kulturális mintáknak. A megfigyelt rendellenességek

között mutatkozó típus- és súlyosságbeli eltérések a magzat vagy a szülők genetikai sajátosságaira is visszavezethetők.

Emellett jelentős számú klinikai bizonyítékunk van, amely ellentmond a fenti eredményeknek vagy korlátozza azok érvényességét. A feketepiaci LSD-nek a magzati fejlődés során kitett gyermekek kromoszómáit vizsgáló három kutatás a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedését állapította meg. (27, 33, 54) Ugyanakkor a vizsgált 14 gyermek kivétel nélkül jó egészségnek örvendett, és nem mutatta jelét semmilyen születési rendellenességnek. Ebben a kontextusban érdemes megemlíteni, hogy az LSD feltételezett teratogén hatását eredetileg a kromoszóma-törések gyakoriságának növekedése alapján prognosztizálták. Az LSD hatásának tulajdonított fejlődési rendellenességek zöménél azonban a magzat kromoszómái nem károsodtak. Azok a gyermekek, akik a terhesség ideje alatt voltak kitéve az LSD hatásának, és akiknél kromoszóma-károsodást állapítottak meg, nem mutatták semmi jelét a fizikai abnormitásoknak. Bár az LSD feltételezett magzatkárosító hatásával kapcsolatban negatív eredményekről nem túl gyakran olvashatunk, *Sato és Pergament* (89) megemlíti *Zellweger és munkatársai* (117) esetét, amelyben olyan anyának született gyermeke, aki terhességét megelőzően és a terhesség alatt összesen hat alkalommal fogyasztott LSD-t. A terhesség eseménytelenül zajlott, és az anya a várt időpontban egészséges leánygyermeknek adott életet. Az anya által elfogyasztott LSD-dózisok elérték a pszichedelikus hatás előidézéséhez szükséges szintet. Ráadásul ez a nő a végtagok formálódásának kritikus szakaszában is fogyasztott a szerből, mégsem alakult ki fejlődési rendellenesség.

Aase, Laestadius és Smith (1) tíz terhes nőt figyeltek meg, akikről biztosan tudták, hogy terhességük alatt hallucinációkat kiváltó dózisban fogyasztottak LSD-t. Ezek a nők tíz élő és egészséges gyermeknek adtak életet. A tíz gyermek egyikénél sem figyeltek meg teratogén hatást vagy kromoszóma-károsodást. A szerzők külön felhívják a figyelmet arra az érdekes tényre, hogy a született gyermekek kivétel nélkül lányok voltak. Mivel ennek statisztikailag igen kicsi az esélye, meglehet, hogy az LSD valamiképpen befolyásolni tudja a születendő gyermek nemét. *Healy és Van Houten* (48) szerint annak valószínűsége, hogy a tíz terhességből mind a tíznél ugyanolyan nemű gyermek szülessen, 1 az 1024-hez. Felvetették, hogy az LSD talán felerősíti a fiúmagzatok és az anyaszervezet közötti immunológiai inkompatibilitást, így a szervezet a magzati szövetet antigénként azonosítja. A múltban hasonló hipotézist állítottak fel annak magyarázatára, hogy azok a nők, akik a fogantatástól számított egy hónapon belül lettek skizofrének, miért csak lányokat szülnek.

McGlothlin, Sparkes és Arnold (76) egy 300 főre kiterjedő nagyobb kutatás részeként 148 olyan terhességet vizsgált, ahol az anya a terhesség előtt LSD-t fogyasztott. A kutatás alanyait véletlenszerűen választották ki egy 750 főből álló, LSD-t kísérleti vagy pszichoterápiás settingben, orálisan használó populációból. Az alanyok üléseinek száma 1 és 85 közé esett, a használt dózis 25-400 mikrogramm között változott. A vizsgált terhességek közül huszónhétnél az anya a feketepiacról származó LSD-vel is kísérletezett. Az alanyok egy része (8 százalék) emellett marihuánát, továbbá más erős pszichedelikumokat, például pejotlot, meszkalint és pszilocibint használt. A szerzők nem találtak bizonyítékot arra, hogy az apa fogantatást megelőző LSD-használata - ésszerű dózis esetén - növelte volna a vetélés, koraszülés vagy születési rendellenesség esélyét. Az anyák fogantatást megelőző LSD-fogyasztásával kapcsolatban nem volt ilyen egyértelmű a helyzet: találtak némi bizonyítékot arra, hogy ez esetben megnövekszik a spontán vetélések száma, jöllehet a két esemény közti kauzális kapcsolat nem egyértelmű és tisztázásához további vizsgálatokra van szükség. Összességében nem sok minden utalt rá, hogy bármelyik szülő fogantatás előtti LSD-használata - a kutatásban leírt mennyiségek mellett - növelte volna a születési rendellenességek kialakulásának esélyét. Ebben a kutatásban az egyetlen megfigyelt kockázat az volt, hogy az LSD-fogyasztó anyáknál gyakoribb volt a spontán vetélés. A spontán vetélésre szignifikánsan gyakrabban került sor akkor, ha a fogantatás előtt az anya fogyasztott LSD-t, mint amikor csak az apa tette ezt. A szerzők erre két lehetséges magyarázatot adtak: (1) a peteéréshez szükséges idő nagyon hosszú - több év -, szemben a spermiumokéréséhez szükséges néhány héttel; (2) a vizsgált esetek felében az anyák terápiás céllal részesültek LSD-kezelésben. Jól ismert tény, hogy a neurotikus páciensekre jellemző érzelmi stressz megnöveli a vetélés kockázatát. Ebből arra következtethetünk, hogy a fenti kutatásban az LSD használata és a vetélések között nem volt kauzális kapcsolat.

Arendsen-Hein (7) a Pszicholitikus Terapeuták Európai Szövetségének Würzburgban, 1969-ben megrendezett kongresszusán egy olyan kutatás adatait mutatta be, amelyben 4.815 korábbi LSD-páciens gyermekeit vizsgálták több európai országban, köztük Angliában. A rendszeresen ismételt dózissal lefolytatott LSD-terápiában részt vevő páciensek 170 gyermekéből mindössze kettőnél találtak fejlődési rendellenességet. Az egyik gyermeknek a bal oldali csípőcsontja volt rossz helyen; a másiknál, akinek az

apja használt LSD-t, az egyik kéz kisujja és gyűrűs ujja volt összenőve (syndactylia). A vizsgált alanyok közül ketten a fogantatás utáni tizennégy napon belül használtak LSD-t (egyikük 400 mikrogrammot), de mindkettőjük gyereke normális volt. A 170 gyermekből tehát mindössze kettőnél lépett fel patológiás elváltozás. A szerző szerint mindkét esetben olyan rendellenesség alakult ki, amely egyébként is viszonylag gyakran előfordul, így ezeket hiba lenne az LSD hatásának tulajdonítani.

Az LSD teratogén hatására vonatkozó kísérleti és klinikai bizonyítékokat az alábbiak szerint foglalhatjuk össze. Az egereken, patkányokon és hörcsögökön végzett vizsgálatok egy része a fejlődési rendellenességek megnövekedett gyakoriságáról adott számot, több másik kutatás azonban ezzel ellentétes eredményre jutott. Az alacsonyabb rendű emlősökön végzett kísérletek adatai arra utalnak, hogy az LSD-nek lehet teratogén hatása, így ez a kérdés további vizsgálatokat igényel. Több esettanulmány is beszámol arról, hogy feketepiaci LSD-t használó anyának deformált gyermeke született, egy másik kutatás pedig a születési defektusok és a vetélések gyakoriságának növekedését állapította meg. Azt azonban nem sikerült hitelt érdemlően igazolni, hogy az LSD-használat és a deformitások között kauzális kapcsolat van. A feketepiacról beszerzett állítólagos "LSD" ismeretlen összetétele, továbbá a kutatásokban vizsgált "LSD-használókat" jellemző egyéb sajátságok (fertőzések, alultápláltság, politoxikománia, érzelmi zavarok) jelenléte miatt az e csoportra vonatkozó vizsgálatok eredménye megkérdőjelezhető marad. Vannak arra utaló jelek, hogy az LSD használata növelheti a spontán vetélés kockázatát. Ugyanakkor nincs bizonyítékunk arra, hogy a gyógyszerészeti tisztaságú LSD embereknél születési rendellenességet vagy vetélést okozna. Ettől függetlenül a klinikai gyakorlatban a terhességet az LSD használatának kontraindikációjaként kell kezelni. Ez a szabály azonban nem kizárólag az LSD-re vonatkozik; hasonló óvatossággal kell eljárunk számos más szer vonatkozásában is. Az anyaszervezet és a fejlődő magzat közti érzékeny egyensúlyt - különösen a terhesség első trimeszterében - könnyen megzavarhatják a külső behatások.

AZ LSD KARCINOGEN HATÁSAI

A szakirodalomban több helyen találunk utalást arra, hogy az LSD-nek karcinogén hatása lehet. Ezt a hipotézist elsőként *Cohen, Marinello és Back* (22) vetették fel, amikor egy LSD-pszichoterápiával hosszú időn át kezelt paranoid szkizofrén betegnél a kromoszómák jelentősen megnövekedett törés-gyakoriságát, illetve négygyűrűs kromoszóma csere számot állapítottak meg. Ezt a kombinációt eddig három örökletes betegségnél figyelték meg: a Bloom-szindrómánál, a Fanconi-anémiánál, illetve az ataxia teleangiectaticánál. Ezek a rendellenességek a leukémia és más neoplasztikus betegségek magasabb előfordulásával járnak együtt. A szerzők rámutattak, hogy a neoplasztikus sejteknél a kromoszómák elváltozásai sokfélék lehetnek, és sok variáció hasonló azokhoz, amelyeket az LSD-vel kezelt alanyoknál láttak. Emellett azon behatások közül, amelyek ilyen típusú kromoszóma-rendellenességet képesek kiváltani - például a radioaktív sugárzás vagy egyes vírusok - több is van, amely bizonyítottan karcinogén hatású.

Az LSD karcinogén hatására vonatkozó hipotézist *Irwin és Egozcue* (57) kutatásai is alátámasztották: ők kilenc feketepiaci LSD-t fogyasztó alanyánál találtak olyan kromoszóma-töredékeket, amelyek hasonlítottak az idült granulocitikus leukémiával együttjáró ún. Philadelphia (Ph1) kromoszómára. *Grossbard és munkatársai* (46) egy feketepiaci LSD-t és más drogokat használó alanyból nyert harmincöt perifériális leukocitát vizsgáltak, és a minták mindegyikében találtak a Ph1-hez hasonló kromoszómát. A vizsgált személynél később akut leukémia fejlődött ki.

A karcinogén-hipotézissel szemben több komoly ellenérv is felhozható. Először is, a gyógyszerészeti tisztaságú LSD kromoszóma-károsító hatására vonatkozó bizonyítékok meglehetősen problémásak és ellentmondóak. Másodsor, a fent említett betegségeknel tapasztalt kromoszóma-elváltozásoknak nem tudjuk az okát, és senki nem bizonyította, hogy ezeknek bármi közük lenne a később kialakuló neoplasztikus betegséghez. Több olyan kromoszóma-törést okozó ágenst ismerünk, amelynek hatása nem jár együtt leukémia kialakulásával, a kromoszómák négygyűrűs és egyéb átrendeződéseivel pedig az egészséges emberek fehérvérsejtjeiben is találkozhatunk. Harmadsor, amikor *Cohen* az LSD karcinogén hatását a radioaktív sugárzáséhoz hasonlítja, nem veszi figyelembe az LSD-vel folytatott kísérletek és klinikai vizsgálatok eredményét. *Dishotsky és munkatársai* (28) három retrospektív kutatást említenek, amelyben az LSD injektálását követően hosszabb távú kromoszóma-károsodás lépett fel. A kutatások közül kettőnél az alanyokat az LSD-fogyasztás előtt és után is megvizsgálták (prospektív módszer). A kimutatott elváltozások mindhárom vizsgálatban átmenetinek bizonyultak, szemben a sugárzás hatására végbemenő kromoszóma-károsodással, amely visszafordíthatatlan. Negyedszer, Ph1-hez hasonló kromoszómát mindössze két

kutatásban találtak, és mindkettő esetben a perifériás leukocitákban. Krónikus granulocitikus leukémia esetén a Ph1 kromoszóma csak a myeloid és erythroid sejtekben fordul elő, amelyek perifériás vérben - normál esetben - nem osztódnak. *Dishotsky és munkatársai* (28) *Nowell és Hungerfordot* (84) idézik, akik ezt az elváltozást először írták le: "A Ph1-kompatibilis kromoszómáknak a limfocitákon kívül más vörsejtekben is jelen kell lennie ahhoz, hogy a krónikus granulocitikus leukémia veszélyéről beszélhessünk."

A gyógyszerészeti tisztaságú LSD-vel kezelt személyek közül mindössze kettőről tudunk, aki kezelése után leukémiás lett. (41, 108) Egyiküknél sem bizonyított, hogy a leukémiát az LSD okozta. Az egyik esetben, amelyről *Garson és Robson* (41) számoltak be, "a családban több gyereknél is jelentkezett rosszindulatú elváltozás, ami genetikai predispozícióra utal". Mivel a kísérleti és klinikai adatok a karcinogén-hipotézist nem támasztják alá, az jelenleg nem több pusztán spekulációnál. Máig nincs egyértelmű bizonyítékunk arra, hogy az LSD-nek karcinogén hatása lenne.

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KONKLÚZIÓ

Az eddigi *in vitro* kutatásoknak mintegy kétharmada számolt be a kromoszóma-törések megnövekedett gyakoriságáról azután, hogy a vizsgált sejteket feketepiaci vagy tiszta LSD hatásának tették ki. Ezeket a változásokat - egy kivétellel - olyan LSD-koncentrációknál tapasztalták, amelyek messze meghaladták az embernél szokásosan használt dózisokat. A kutatások egyike sem állapított meg egyértelmű dózis-válasz összefüggést. Mivel korábban hasonló eredmények születtek olyan, mindennaposan használt vegyi anyagokkal kapcsolatban, mint a mesterséges édesítők, az aszpirin, a koffein, a fenotiazin-típusú nyugtatók vagy az antibiotikumok, nincs okunk rá, hogy az LSD-t a többi anyagtól különválasztva speciálisan kezeljük. Semmi nem indokolja, hogy a kromoszómákban megfigyelt strukturális változásokra "kromoszóma-károsodásként" hivatkozzunk; ezen elváltozások funkcionális jelentősége és átörökítéssel való kapcsolata még tisztázásra vár. Az a tény, hogy az *in vitro* kísérletekben nem játszanak szerepet az élő szervezetben működő kiválasztó és méregtelenítő rendszerek, kétségessé teszi az *in vitro* eredmények relevanciáját.

Az *in vivo* kromoszóma-vizsgálatoknál a károsodások nagy többségét olyan egyéneknél találták, akik korábban a feketepiacról származó LSD-t fogyasztottak. *Dishotsky és munkatársai* (28) a kromoszóma-vizsgálatokról készített szinoptikus áttekintésükben a következőképpen foglalták össze az *in vivo* kutatások eredményeit: "A huszonegy *in vivo* kutatásban összesen 310 alanyt vizsgáltak meg. Közülük 126-ot kezeltek gyógyszerészeti tisztaságú LSD-vel, a fennmaradó 184 alany feketepiacról származó, LSD-ként árult anyagot fogyasztott. A tiszta LSD-t kapott 126 személy közül mindössze tizennyolcnál (14,3 százalék) tapasztaltak az átlagtól eltérő kromoszóma-elváltozási gyakoriságot. A 184 feketepiaci LSD-fogyasztóból ezzel szemben 89-nél (48,9 százalék) növekedett meg az elváltozások száma. Az átlagnál több kromoszóma-elváltozást mutató 108 személy közül mindössze tizennyolcan (16,7 százalék) kaptak gyógyszerészeti tisztaságú LSD-t. A feketepiaci droghasználók körében majdnem háromszor olyan gyakran találtak kromoszóma-károsodást, mint a tiszta LSD használói között." Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a megfigyelt kromoszóma-elváltozások nem az LSD használatának, hanem a drogfogyasztók életmódjának tudhatók be, és igen valószínűtlen, hogy a tiszta LSD - mérsékelt dózisban - kromoszóma-károsodást okozna a fehérvérsejtekben.

Az emberi leukocitákat vizsgáló kutatások pozitív eredményeit sokan úgy értelmezték, hogy az LSD genetikai károsodást okoz, ami közvetlen veszélyt jelent a jövő nemzedékre. Ehhez azonban a kromoszóma-károsodást a magzati sejtekben: a spermiumokban és a petesejtekben, vagy azok prekursor sejtjeiben kellene kimutatni. Az LSD meiotikus kromoszómákra gyakorolt hatását vizsgáló kutatások eredményei azonban nem meggyőzőek, annak ellenére, hogy e vizsgálatokban kifejezetten magas dózisokat használtak. A banánlégyen (*Drosophila melanogaster*) végzett mutációs kutatások arra utalnak, hogy 0,28-500 mikrogramm/cm³ koncentráció mellett az LSD-nek nincs mutagén hatása. Mutagén hatás csak 2.000-10.000 mikrogramm/cm³ koncentrációnál figyelhető meg. Ha a banánlégynél ilyen csillagászati LSD-dózisokra van szükség ahhoz, hogy mutációt idézzünk elő, akkor a szer feltehetően igen gyenge mutagenitással rendelkezik, és meglepő lenne, ha az emberi alanyoknál használt dózisok mutagénnek bizonyulnának.

A korai kutatások némelyike az LSD-t a születési rendellenességek, a vetélés és a halvaszülés egyik lehetséges okaként állította be. A hörcsögökön, patkányokon és egereken megfigyelt teratogén hatásokat azonban a későbbi kutatások nem igazolták vissza. A rágcsálókön végzett kísérletek kimutatták, hogy az LSD hatására való érzékenység nagy különbségeket mutat az egyes törzsek és állatfajok között. Erősen megkérdőjelezhetők azok a törekvések, amelyek e vizsgálatok eredményeit az emberre próbálják

extrapolálni. Hat olyan esettanulmányról tudunk, amely illegális LSD-t használó szülők fejlődési rendellenességgel született gyermekéről ad számot. A feketepiaci LSD használói körében végzett kutatások közül egy olyan volt, amely a vizsgált alanyok gyermekeinél a fejlődési rendellenességek gyakoriságának növekedését állapította meg. Tekintve, hogy az átlagpopulációban is viszonylag gyakoriak a "spontán" születési defektusok, továbbá az LSD-t széles körben használják, a fenti megfigyelések véletlen egybeesések is lehetnek. A születési rendellenességek számának növekedését a csoport tagjaira jellemző egyéb tényezők is magyarázhatják, és semmi nem indokolja, hogy az LSD-t az egyetlen - vagy akár a legfontosabb - tényezőként tartsuk számon. Jelenleg nincs egyértelmű bizonyíték arra, hogy a gyógyszerészeti tisztaságú LSD emberben teratogén hatást váltana ki. Azonban a fejlődő magzat vegyi anyagokra és környezeti hatásokra való fokozott érzékenységét figyelembe véve az LSD használata a gestációs periódusban erősen kontraindikált.

Nincs semmilyen klinikai vagy kísérleti adatunk, amely azt bizonyítaná, hogy az LSD-nek karcinogén hatása van - ahogyan ezt egyes korai kutatások feltételezték. Az LSD-használók körében nem mutatták ki a tumorok számának növekedését. Csak nagyon elvétve találkozunk olyan esettanulmánnyal, amely LSD-használók leukémiájáról vagy rosszindulatú daganatáról számolna be. A három ismert leukémiás esetben semmi nem utal arra, hogy összefüggés lenne az LSD-fogyasztás és a leukémia kialakulása között.

Mint ez az áttekintés is mutatja, nincs meggyőző kísérleti vagy klinikai bizonyítékunk arra, hogy a gyógyszerészeti tisztaságú LSD - az általánosan használt dózisok mellett - genetikai mutációt, születési rendellenességet vagy rosszindulatú daganatot okozna. Ami a feketepiacról beszerezhető LSD-mintákat illeti, itt jóval bonyolultabb a helyzet, emiatt a feketepiaci LSD-t használó egyéneket vizsgáló kutatások eredményei nem túl relevánsak az LSD biológiai veszélyességére vonatkozó kérdések eldöntésében. A feketepiaci minták ismeretlen erőssége, valamint a bennük található szennyeződések még tovább növelik a felügyelet nélkül folytatott önkísérletek veszélyességét.

A rendelkezésünkre álló kutatási eredmények alapján semmi sem indokolja, hogy fel kéne hagynunk az LSD gyakorlott szakemberek által végzett, felelősségteljes kísérleti és terápiás alkalmazásával.

HIVATKOZÁSJEGYZÉK

Az alábbi listában megtalálják azokat az írásokat és egyéb műveket, amelyekre a szerző e kritikai áttekintést alapozta.

- 1 Aase, J. M., Laestadius, N., Smith, D. W.: Children of Mothers who Took LSD in Pregnancy. *Lancet* II: 100, 1970.
- 2 Abbo, G., Norris, A., Zellweger, H.: Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25) and Chromosome Breaks. *Humangenetik* 6:253, 1968.
- 3 Aghajanian, G. K., Bing, O. H.: Persistence of Lysergic Acid Diethylamide in the Plasma of Human Subjects. *Clin. Pharmacol. Ther.* 5:611, 1964.
- 4 Alexander, G. J., Miles, B. E., Gold, G. M., Alexander, R. B.: LSD: Injection Early in Pregnancy Produces Abnormalities in Offspring of Rats. *Science* 157:459, 1967.
- 5 Alexander, G. J., Gold, G. M., Miles, B. E., Ennes, B., Alexander, R. B.: Lysergic Acid Diethylamide Intake During Pregnancy: Fetal Damage in Rats. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 173:48, 1970.
- 6 Aptekar, R. G.: Possible Effects of LSD. *New Eng. J. Med.* 283:765, 1970.
- 7 Arendsen-Hein, G. W.: Presentation at the Congress of the European Medical Association for Psycholytic Therapy at Wurzburg, W. Germany; 1969.

- 8 Assemany, S. R., Neu, R. L., Gardner, L. I.: Deformities in a Child Whose Mother Took LSD. *Lancet* I:1290, 1970.
- 9 Auerbach, R.: LSD: Teratogenicity in Mice. *Science* 170:558, 1970.
- 10 Auerbach, R., Rugowski, J. A.: Lysergic Acid Diethylamide: Effect on Embryos. *Science* 157:1325, 1968.
- 11 Bender, L., Siva Sankar, D. V.: Chromosome Damage Not Found In Leukocytes of Children Treated with LSD-25. *Science* 159:749, 1968.
- 12 Berlin, C. M., Jacobson, C. B.: Link Between LSD and Birth Defects Reported. *JAMA* 212:1447, 1970.
- 13 Blaine, J. D.: Inculcation of LSD Challenged. *New Eng. J. Med.* 283:1231, 1970.
- 14 *Brit. Med. J.*: LSD and Chromosomes. II:778, 1968.
- 15 Browning, L. S.: Lysergic Acid Diethylamide: Mutagenic Effects in *Drosophila*. *Science* 161:1022, 1968.
- 16 Carakushansky, G., Neu, R. I., Gardner, L. I.: Lysergide and Cannabis as Possible Teratogens in Man. *Lancet* II:150, 1969.
- 17 Cohen, H. P., Turner, W. J., Merlis, S.: A Study of Drug Effects on Chromosomes. Mimeographed copy.
- 18 Cohen, M. M.: LSD and Chromosomes. *Science J.*, p. 76, Sept., 1968.
- 19 Cohen, M. M.: The Interaction of Various Drugs with Human Chromosomes. *Can J. Genet. Cytol.* II:1, 1969.
- 20 Cohen, M. M., Hirschhorn, K., Frosch, W. A.: In Vivo and In Vitro Chromosomal Damage Induced by LSD-25. *New Eng. J. Med.* 277:1043, 1967.
- 21 Cohen, M. M., Hirschhorn, K., Verbo, S., Frosch, W. A., Groeschel, M. M.: The Effect of LSD-25 on the Chromosomes of Children Exposed In Utero. *Pediat. Res.* 2:468, 1968.
- 22 Cohen, M. M., Marinello, M. J., Back, N.: Chromosomal Damage in Human Leukocytes Induced by Lysergic Acid Diethylamide. *Science* 155:1417, 1967.
- 23 Cohen, M. M., Mukherjee, A. B.: Meiotic Chromosome Damage Induced by LSD-25. *Nature* 219:1072, 1968.
- 24 Corey, M. J., Andrews, J. C., McLeod, M. J., MacLean, J. R., Wilby, W. E.: Chromosome Studies on Patients (In Vivo) and Cells (In Vitro) Treated with Lysergic Acid Diethylamide. *New Eng. J. Med.* 282:939, 1970.
- 25 Court Brown, W. M.: Is Lysergide a Teratogen? *Lancet* I:1154, 1967.
- 26 Denson, R.: Effects of LSD on Chromosomes. *Canad. Med. Ass. J.* 98:609, 1968.
- 27 DiPaolo, J. A., Givelber, H. M., Erwin, H.: Evaluation of Teratogenicity of Lysergic Acid Diethylamide. *Nature* 220:490, 1968.
- 28 Dishotsky, N. I., Loughman, W. D., Mogar, R. E., Lipscomb, W. R.: LSD and Genetic Damage. *Science* 172:431, 1971.

- 29 Dixon, A. K.: Evidence of Catecholamine Mediation in the 'Aberrant' Behavior Induced by Lysergic Acid Diethylamide (LSD) in the Rat. *Experientia* 24:743, 1968.
- 30 Dorrance, D. L.: Chromosomal and Teratogenic Effects of LSD: A Literature Review. *The New Physician* 18:7, 1969.
- 31 Dorrance, D., Janiger, O., Teplitz, R. L.: In Vivo Effects of Illicit Hallucinogens on Human Lymphocyte Chromosomes. *JAMA* 212:1488, 1970.
- 32 Egozcue, J., Irwin, S.: Effect of LSD-25 on Mitotic and Meiotic Chromosomes of Mice and Monkeys. *Humangenetik* 8:86, 1969.
- 33 Egozcue, J., Irwin, S., Maruffo, C. A.: Chromosomal Damage in LSD Users. *JAMA* 204:122, 1968.
- 34 Eller, J. L., Morton, J. M.: Bizarre Deformities in Offspring of Users of Lysergic Acid Diethylamide. *New Eng. J. Med.* 283:395, 1970.
- 35 Fabro, S., Sieber, S. M.: Is Lysergide a Teratogen? *Lancet* I:639, 1968.
- 36 Finoganova, S. A.: The Cytogenetic and Teratogenic Effects of LSD-25. *Zh. Neuropat. Psikhiat. Korsakov.* 70:770, 1970.
- 37 Fitzgerald, P. H., Dobson, J. R. E.: Lysergide and Chromosomes. *Lancet* I:1036, 1968.
- 38 Fitzgerald, P. H., Dobson, J. R. E.: Radiomimetic Properties of LSD. *New Eng. J. Med.* 278:1404, 1968.
- 39 Fort, J., Metzner, R.: LSD, Chromosomes, and Sensationalism. *Psyched. Rev.* 10, 1968.
- 40 Friedrich, U., Nielsen, J.: Lithium and Chromosomes Abnormalities. *Lancet* II:435, 1969.
- 41 Garson, C. M., Robson, M. K.: Studies in a Patient with Acute Leukemia After Lysergide Treatment. *Brit Med. J.* 2:800, 1969.
- 42 Geber, W. F.: Congenital Malformations Induced by Mescaline, Lysergic Acid Diethylamide, and Bromolysergic Acid in the Hamster. *Science* 158:265, 1967.
- 43 Geber, W. F.: Mechanism of Teratogenesis by Psychotomimetic Compounds. *Fed. Proc.* 27:220, 1968.
- 44 Grace, D., Carlson, E. A., Goodman, P.: *Drosophila Melanogaster* Treated with LSD: Absence of Mutation and Chromosome Breakage. *Science* 161:694, 1968.
- 45 Greenblatt, D. J., Shader, R. I.: Adverse Effects of LSD: A Current Perspective. *Connecticut Med.* 34:895, 1970.
- 46 Grossbard, L., Rosen, D., McDelvray, E., DeCapra, A., Miller, O., Bank, A.: Acute Leukemia with Ph1-Like Chromosome in an LSD User. *JAMA* 205:167, 1968.
- 47 Hanaway, J. K.: Lysergic Acid Diethylamide: Effects on the Developing Mouse Lens. *Science* 164:574, 1969.
- 48 Healy, J. M., Van Houten, P. L.: Effect of Psychotomimetic Agents on Sex Ratio? *Lancet* II:574, 1970.
- 49 Hecht, F., Beals, R. K., Lees, M. H., Jolly, H., Roberts, P.: Lysergic Acid Diethylamide and Cannabis as Possible Teratogens in Man. *Lancet* II:1087, 1968.

- 50 Hirschhorn, K., Cohen, M. M.: Nonpsychic Effects of Lysergic Acid Diethylamide. *Ann. Int. Med.* 67:1109, 1967.
- 51 Hoey, J.: LSD and Chromosome Damage. *JAMA* 212:1707, 1970.
- 52 Houston, B. K.: Review of the Evidence and Qualification Regarding the Effects of Hallucinogenic Drugs on Chromosomes and Embryos. *Amer. J. Psychiat.* 126:137, 1969.
- 53 Hsu, L. Y., Strauss, L., Hirschhorn, K.: Chromosome Abnormality in Offspring of LSD User, D. Trisomy with D/D Translocation. *JAMA* 211:987, 1970.
- 54 Hultén M., Lindsten, J., Lidberg, L., Ecklund, H.: Studies on Mitotic and Meiotic Chromosomes in Subjects Exposed to LSD. *Annales de Génétique II*:201, 1968.
- 55 Hungerford, D. A., Taylor, K. M., Shagass, C., LaBadie, G. V., Balaban, G. B., Paton, G. R.: Cytogenetic Effects of LSD-25 Therapy in Man. *JAMA* 206:2287, 1968.
- 56 Idänpään-Heikkilä, J. E., Schoolar, J. C.: LSD Autoradiographic Study on the Placental Transfer and Tissue Distribution in Mice. *Science* 164:1295, 1969.
- 57 Irwin, S., Egozcue, J.: Chromosomal Abnormalities in Leukocytes from LSD-25 Users. *Science* 157:313, 1967.
- 58 Irwin, S., Egozcue, J.: Chromosomal Damage Among LSD-25 Users. *Science* 159:749, 1968.
- 59 Jacobson, C. B., Magyar, V. L.: Genetic Evaluation of LSD. *Clin. Proc. Child. Hosp.*, 24:153, 1968.
- 60 Jagiello, G., Polani, P. E.: Mouse Germ Cells and LSD-25. *Cytogenetics* 8:136, 1969.
- 61 Jarvik, L. F.: Contradictions in LSD Research. *Science* 162:621, 1968.
- 62 Jarvik, L. F., Kato, T.: Is Lysergide a Teratogen? *Lancet* I:250, 1968.
- 63 Jarvik, L. F., Kato, T., Saunders, B., Moralishvili, E.: LSD and Human Chromosomes. *Psychopharmacology, A Review of Progress 1957-1967*, Pub. Health Service Pub. No. 1836, p. 1247, 1968.
- 64 Judd, L. L., Brandkamp, W. W., McGlothlin, W. H.: Comparison of the Chromosomal Patterns Obtained from Groups of Continued Users, Former Users, and Nonusers of LSD-25. *Amer. J. Psychiat.* 126:626, 1969.
- 65 Kato, T., Jarvik, L. F.: LSD-25 and Genetic Damage, *Dis. Nerv. Syst.* 30:42, 1969.
- 66 Kato, T., Jarvik, L. F., Roizin, L., Moralishvili, E.: Chromosome Studies in Pregnant Rhesus Macaque Given LSD-25. *Dis. Nerv. Syst.* 31:245, 1970.
- 67 Kruskal, W. H., Haberman, S.: Chromosomal Effect and LSD: Samples of Four. *Science* 162:1508, 1968.
- 68 Kurland, A. A., Pahnke, W. N., Unger, S., Savage, C., Grof, S.: *Psychedelic LSD Research*, in *Psychotropic Drugs in the year 2000*, Wayne Evans and Nathan Kline, eds. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1971.

- 69 Legator, M. S., Jacobson, C. B.: Chemical Mutagens as a Genetic Hazard. *Clin. Proc. Child. Hosp.*, 24:184, 1968.
- 70 Loughman, W. D., Sargent, T. W., Israelstam, D. M.: Leukocytes of Humans Exposed to Lysergic Acid Diethylamide: Lack of Chromosomal Damage. *Science* 158:508, 1967.
- 71 Loughman, W. D., Sargent, T. W.: Answer to "Chromosome Damage by LSD" by H. M. Slatis. *Science* 159:1493, 1968.
- 72 Lucas, G. J., Lehrnbecher, W.: Evaluation of Chromosomal Changes. *New Eng. J. Med.* 281:1018, 1969.
- 73 MacKenzie, J. B., Stone, G. E.: Chromosomal Abnormalities in Human Leukocytes Exposed to LSD-25 in Culture. *Mamm. Chromosome Newsl.* 9:212, 1968.
- 74 Markowitz, E. H., Brosseau, G. E., Jr., Markowitz, E.: Genetic Effects of LSD Treatment on the Post-Meiotic Stages of Spermatogenesis in *Drosophila Melanogaster*. *Mut. Res.* 8:337, 1969.
- 75 Markowitz, E., Klotz, J. H.: LSD and Chromosomes. *JAMA* 211:1699, 1970.
- 76 McGlothlin, W. H., Sparkes, R. S., Arnold, D. O.: Effect of LSD on Human Pregnancy. *JAMA* 212:1483, 1970.
- 77 Monti, W.: Teratogenic Effects of LSD. *Riv. Ostet. Ginec.* 23:395, 1968.
- 78 Myers, W. A.: LSD and Marihuana: Where are the Answers? *Science* 160:1062, 1968.
- 79 Nichols, W. W.: Studies on the Role of Viruses in Somatic Mutation. *Hereditas* 55:1, 1966.
- 80 Nielsen, J., Friedrich, U., Tsuboi, T.: Chromosome Abnormalities and Psychotropic Drugs. *Nature* 218:488, 1968.
- 81 Nielsen, J., Friedrich, U., Tsuboi, T., Jacobsen, E.: Lysergide and Chromosome Abnormalities. *Brit. Med. J.* II:801, 1968.
- 82 Nielsen, J., Friedrich, U., Tsuboi, T.: Chromosome Abnormalities in Patients Treated with Chlorpromazine, Perphenazine, and Lysergide. *Brit. Med. J.* II:634, 1969.
- 83 Nosal, G.: Complications and Dangers of Hallucinogenic Drugs: Cytopharmacologic Aspects. *Laval Med.* 40:48, 1969.
- 84 Nowell, P. C., Hungerford, D. A.: Chromosome Studies on Normal and Leukemic Human Leukocytes. *J. Nat. Cancer Inst.* 25(1):85, 1960.
- 85 Ostertag, W., Duisberg, E., Sturmman, M.: The Mutagenic Activity of Caffeine in Man. *Mut. Res.* 2:293, 1965.
- 86 Prince, A. M.: LSD and Chromosomes. *Psyched. Rev.* 9:38, 1967.
- 87 Retterstol, N.: What do we Know Today About the Effect of LSD on Chromosomes and About its Teratogenic Effects? *T. Norsk. Laegeforen* 90:122, 1970.
- 88 Roux, C., Dupuis, R., Aubry, M.: LSD: No Teratogenic Action in Rats, Mice and Hamsters. *Science* 169:588, 1970.
- 89 Sato, H., Pergament, E.: Is Lysergide a Teratogen? *Lancet* I:639, 1968.

- 90 Schmickel, R.: Chromosome Aberrations in Leukocytes Exposed In Vitro to Diagnostic Levels of X-Rays. *Amer. J. Hum. Genet.* 19:1, 1967.
- 91 Sharma, A. K., Sharma, A.: Spontaneous and Chemically Induced Chromosome Breaks. *International Review of Cytology*, G. H. Bourne and J. F. Danielli, eds., vol. 10, p. 101 ff, Academic Press, New York, 1960.
- 92 Singh, M. P., Kalia, C. S., Jain, H. K.: Chromosomal Aberrations Induced in Barley by LSD. *Science* 169:491, 1970.
- 93 Siva Sankar, D. V., Rozsa, P. W., Geisler, A.: Chromosome Breakage in Children Treated with LSD-25 and UML-491. *Compreh. Psychiat.* 10:406, 1969.
- 94 Skakkebaek, N. E., Beatty, R. A.: Studies on Meiotic Chromosomes and Spermatozoan Heads in Mice Treated with LSD. *J. Reprod. Fertil.* 22:141, 1970.
- 95 Skakkebaek, N. E., Phillip, J., Rafaelsen, O. J.: LSD in Mice; Abnormalities in Meiotic Chromosomes. *Science* 160:1246, 1968.
- 96 Slatis, H. M.: Chromosome Damage by LSD. *Science* 159:1492, 1968.
- 97 Smart, R. G., Bateman, K.: The Chromosomal and Teratogenic Effects of Lysergic Acid Diethylamide: A Review of the Current Literature. *Canad. Med. Ass. J.* 99:805, 1968.
- 98 Smythies, J. R., Antun, F.: Binding of Tryptamine and Allied Compounds to Nucleic Acids. *Nature* 233:1063, 1969.
- 99 Sparkes, R. S., Melnyk, J., Bozzetti, L. P.: Chromosomal Effect In Vivo of Exposure to Lysergic Acid Diethylamide. *Science* 160:1343, 1968.
- 100 Sparkes, R. S., Thomas, D., Melnyk, J., Bozzetti, L. P.: Chromosomal Effect and LSD: Samples of Four. *Science* 162:1509, 1968.
- 101 Šrám, R. J.: Mutagenic Effect of LSD in *Drosophila Melanogaster*. *Activ. Nerv. Super. (Praha)*, 12:265, 1970.
- 102 Stenchever, M. A., Jarvis, J. A.: Lysergic Acid Diethylamide (LSD): Effect on Human Chromosomes In Vivo. *Amer. J. Obstet. & Gyn.* 106:485, 1970.
- 103 Stoll, A., Rothlin, E., Rutschmann, J., Schlach, W. R.: Distribution and Fate of ¹⁴C-Labeled LSD-25 in the Animal Body. *Experientia* 11:396, 1955.
- 104 Stubbs, V., Jacobson, C. B.: LSD and Genetic Damage. *George Wash. Univ. Magazine*, 5:26, 1969.
- 105 Sturelid, S., Kihlman, B. D.: Lysergic Acid Diethylamide and Chromosome Breakage. *Hereditas* 62:259, 1969.
- 106 Tjio, J. H., Pahnke, W. N., Kurland, A. A.: LSD and Chromosomes, A Controlled Experiment. *JAMA* 210:849, 1969.
- 107 Tjio, J. H., Pahnke, W. N., Kurland, A. A.: Pre- and Post-LSD Chromosomal Aberrations: A Comparative Study. In: *Advances in Biochemical Psychopharmacology*, (E. Costa and P. Greengard, eds.) vol. 1, p. 191, Raven Press, New York, 1969.

- 108 Tylden, E.: Problems Associated with LSD. *Brit. Med. J.* II:704, 1968.
- 109 Uyeno, E. T.: Lysergic Acid Diethylamide in Gravid Rats. *Proc. West. Pharmacol. Soc.* 13, 1970.
- 110 Uyeno, E. T.: Effects of Prenatally Administered Lysergic Acid Diethylamide on the Viability and Behavioral Development of Rat Offspring. Report of the 32nd. Annual Meeting of the Committee on Problems of Drug Dependence, Feb., 1970, Washington, D. C.
- 111 Vann, E.: Lethal Mutation Rate in *Drosophila* Exposed to LSD-25 by Injection and Ingestion. *Nature* 223:95, 1969.
- 112 Wagner, T. E.: In Vitro Interaction of LSD with Purified Calf Thymus DNA. *Nature* 222:1170, 1969.
- 113 Warkany, J., Takacz, E.: Lysergic Acid Diethylamide (LSD): No Teratogenicity in Rats. *Science* 159:731, 1968.
- 114 Whitmore, F. W.: Chromosomal Effect and LSD: Samples of Four. *Science* 162:1508, 1968.
- 115 Yielding, K. L., Sterglanz, H.: Lysergic Acid Diethylamide (LSD) Binding to Deoxyribonucleic Acid (DNA) (33203). *Soc. exp. Biol. Med.* 128:1096, 1968.
- 116 Zellweger, H., McDonald, J. S., Abbo, G.: Is Lysergic Acid Diethylamide a Teratogen? *Lancet* II:1066, 1967.
- 117 Zellweger, H., McDonald, J. S., Abbo, G.: Is Lysergide a Teratogen? *Lancet* II:1306, 1967.
- 118 Zetterberg, G.: Lysergic Acid Diethylamide and Mutation. *Hereditas* 62:262, 1969.