

Behandlungsempfehlungen

Psychedelika-assistierte Therapie (PAT)

Helena D. Aicher, Zürich

Catherine Duffour, Lausanne

Matthias E. Liechti, Basel

Daniele Zullino, Genf

Peter Gasser, Solothurn

Mitarbeit von

Martin Angerbauer, Jacqueline Binswanger, Manuela Brand, Antonio Calame, Mathias Claus,
Gregor Hasler, Ose Hein, Uwe Herwig, Vincent Liaudat, Felix Müller, Charles Scelles, Yasmin Schmid,
Federico Seragnoli, Juraj Styk, Gabriel Thorens, Constanze Weigle, Alexander Wopfner

Diese Behandlungsempfehlungen wurde durch die *Schweizerische Interessensgemeinschaft
Psychedelika-assistierte Therapie (IG PAT)* erstellt.

Korrespondenzadresse:

Helena Aicher

helena.aicher@uzh.ch

Zusammenfassung

Ziel und Zweck

Nach Jahrzehnten des Stillstands hat die Erforschung und medizinische Anwendung von bewusstseinsverändernden Substanzen wie Psilocybin, MDMA, LSD und andere seit rund 20 Jahren wieder eingesetzt. Seit 2014 sind in der Schweiz mit Ausnahmegewilligungen der Gesundheitsbehörde (Bundesamt für Gesundheit, BAG) auch Psychedelika-assistierte Therapien (PAT) ausserhalb von Forschungsprojekten möglich. Auch Kanada und Australien sehen Behandlungen in Ausnahmefällen vor, weitere Länder werden folgen. In wenigen Jahren werden Psychedelika möglicherweise zugelassene Medikamente sein. Damit werden klar beschreibbare Behandlungsstandards notwendig, an denen sich sowohl Fachleute wie auch Behörden, Krankenversicherungen, Politiker*innen und die interessierte Öffentlichkeit orientieren können.

Methodik

Das Expert*innenwissen innerhalb der SÄPT bildet die Grundlage für das hier vorliegende Dokument. Ausserdem wurde es mit der internationalen Fachliteratur abgeglichen. Bewusst wählten wir einen narrativen Stil, der die Inhalte und wichtigen Aussagen veranschaulichen soll, ohne aber die Detailliertheit eines Fachbuches zu erreichen. In einer zweiten redaktionellen Runde wurde mit den beiden neu entstandenen Fachgesellschaften der französischsprachigen Schweiz eine Arbeitsgruppe gebildet, die den Text überarbeitete und ergänzte. Diese Gruppe erstellte die Schlussfassung.

Ausblick

Die Psychedelika-assistierte Therapie ist gegenwärtig in einer dynamischen Entwicklung mit vielen wichtigen Themen und Fragen, die nicht oder noch nicht beantwortet oder eingeordnet sind. Vor allem ist die Behandlung noch nicht regulär durchführbar, da die in Frage kommenden Substanzen – mit Ausnahme von Ketamin – Betäubungsmittel der obersten Verbotsstufe sind. Dies könnte sich in absehbarer Zukunft ändern. Die Behandlungsempfehlungen sollen deshalb in periodischen Abständen (2–3 Jahre) überarbeitet und mit neuen Erkenntnissen ergänzt werden.

Inhalt

Zusammenfassung	2
Inhalt.....	3
Einleitung.....	4
Zweck und Entstehung von Leitlinien.....	4
Geschichtlicher Hintergrund.....	6
Momentane Situation – „Psychedelische Renaissance“	7
Therapeutische Anwendung von Psychedelika in der Schweiz	8
Berufliche Voraussetzungen und Qualifikation.....	10
Weiterbildung, Fortbildung, Zertifizierung, Vernetzung.....	10
Persönliche Erfahrung mit Psychedelika.....	13
Indikation und Kontraindikation	15
Patientenvariablen, Störungsbilder, absolute und relative Kontraindikationen.....	16
Psychedelika-assistierte Therapie (PAT).....	17
Psychotherapeutischer Rahmen	18
Einbettung in fortlaufende Therapie	18
Vorbereitung.....	20
Psychedelische Erfahrung: Substanz, Set, Setting	22
Integration	28
Sicherheit, schwierige und Notfallsituationen	30
Arzneimittelinformationen.....	30
Ethik, Qualitätssicherung, Supervision und Intervision	31
Ethik.....	31
Qualitätssicherung, Supervision und Intervision.....	32
Selbstfürsorge.....	33
Patientenregister und Fragebogen zur Qualitätssicherung.....	33
Ausblick	34
Leitlinien-Empfehlungen.....	36
Referenzen.....	43

Einleitung

In der Schweiz besteht seit 2014 die ausserordentliche Möglichkeit, Patient*innen in einer psychotherapeutischen ambulanten oder stationären Behandlungssituation mit Psychedelika zu behandeln. Dem vorausgegangen waren, trotz relativ restriktiver Gesetzgebung, verschiedene Bewilligungen wegweisender Humanforschungsprojekte in der Schweiz (z.B. Gasser, 2012; Gasser et al., 2014; Hysek et al., 2014; Hysek & Liechti, 2012; Liechti et al., 2000, 2001; Liechti & Vollenweider, 2000; Oehen et al., 2013; Vollenweider et al., 1997, 1998, 1999, 2007 und andere).

Die verschiedenen Psychedelika, die momentan hauptsächlich zur Anwendung kommen – Methylenedioxyamphetamin (MDMA), Psilocybin, Lysergsäurediethylamid (LSD), Ketamin und Dimethyltryptamin (DMT) (letzteres entweder parenteral als Monosubstanz oder oral in Verbindung mit einem Monoaminoxidase(MAO)-Hemmer) – werden in unterschiedlichen Studien- und Behandlungskontexten verabreicht. Diese reichen von klinischen Phase-1, Phase-2 und Phase-3 Studien über beschränkte Anwendungen mit Ausnahmegewilligungen und der im Vergleich niederschwelligeren Anwendung von Ketamin. Entsprechend variabel sind die Anforderungen an die verantwortlichen und begleitenden Personen.

Zweck und Entstehung von Leitlinien

Neue Behandlungsmethoden erfahren nach einer Anfangsphase der Entdeckung eine Entwicklung durch klinische Erforschung sowie durch Erfahrung und Erprobung im klinischen Alltag. Im Anschluss daran erfolgt ein Prozess der Operationalisierung und Strukturierung zur besseren Nachverfolgbarkeit der therapeutischen Prozesse und Ergebnisse, zur besseren Vermittelbarkeit an Personen, die diese neue Behandlungsmethode lernen möchten, und schliesslich auch zur fortlaufenden Qualitätskontrolle und Verbesserung der Verfahren. Die Psychedelika-assistierte Therapie (PAT) befindet sich momentan in den Anfängen dieses Prozesses. Das bedeutet, dass sich eine Diskussion für verschiedenste, teils auch kontroverse, Standpunkte auftut, da es derzeit hinsichtlich des Kontexts dieser Behandlung noch viel weniger wissenschaftliche Evidenz gibt, als bezüglich der akuten Effekte und der potentiellen therapeutischen Wirkung dieser Substanzen bei einigen psychiatrischen Indikationen.

Für die Durchführung von Studien mit Psychedelika haben Johnson und Kollegen (2008) bereits Safety Guidelines vorgeschlagen und kürzlich publizierte auch die U.S. Food & Drug

Administration (FDA) einen Guideline-Entwurf für die Durchführung klinischer Studien mit Psychedelika (FDA, 2023). Während in der Ausarbeitung von Studienprotokollen maximale Anforderungen an die Medikamentensicherheit und ans Risikomanagement gestellt werden, ist beim therapeutischen Einsatz ausserhalb von Studien der potentielle Schaden für den*die einzelne*n Patient*in durch den fortschreitenden Krankheitsverlauf, welcher konventionell therapeutisch unzureichend beeinflusst werden kann, in der ethischen Abwägung in besonderem Masse zu berücksichtigen.

Zurzeit bilden sich weltweit an verschiedenen Orten Expert*innengruppen für PAT, die in Gesprächen unter Berücksichtigung der relevanten Literatur konsensuelle Guidelines für PAT erarbeiten (APPA, 2023). Diese Guidelines – und dazu zählen wir auch die hier vorliegenden Behandlungsempfehlungen – sind eine Momentaufnahme mit beschränkter Gültigkeit. Nach der Klassifizierung der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften handelt es sich beim hier vorliegenden Dokument um eine S1-Leitlinie, die Handlungsempfehlungen einer Expert*innengruppe zusammenfasst (awmf.org). In periodischen Abständen werden sie überarbeitet und den zukünftigen neuen Erkenntnissen angepasst.

Durch die Gründung von zwei neuen Fachgesellschaften - der Association Professionnelle Suisse pour les Psychédéliques en Thérapie (ASPT) und der Société Suisse de Médecine Psychédélique (SSMP) - sind neben der seit 1985 bestehenden Schweizerischen Ärztesgesellschaft für Psycholytische Therapie SÄPT auch die französisch- und italienischsprachige Schweiz in Fachgruppen organisiert. Diese drei Vereinigungen haben zusammen mit weiteren im Bereich tätigen Institutionen 2023 die Schweizerische Interessensgemeinschaft Psychedelika-assistierte Therapie, IG PAT, gegründet. Die IG PAT hat in einem offenen Konsensfindungsprozess die hier vorliegenden Leitlinien erarbeitet.

Um nur einige wenige aber wichtige Diskussionspunkte zu nennen:

- Ist die PAT eine Psychotherapie, zu deren Vertiefung Psychedelika als Katalysatoren eingesetzt werden (Grinspoon & Doblin, 2001; Grof, 1980; Grof et al., 2001; Gründer et al., 2023), oder handelt es sich im Wesentlichen um eine Pharmakotherapie, die aus Gründen der sicheren Anwendung eine spezifische personelle Überwachung braucht (Goodwin et al., 2023)?
- Ist die subjektive Psychedelika-induzierte Erfahrung ein wichtiger Teil der PAT (Mithoefer et al., 2016; Yaden & Griffiths, 2021) oder ist sie nicht notwendig oder sogar potentiell schädlich (Olson, 2021)?

- Ist physischer Kontakt (z.B. eine Hand halten) zwischen Therapeut*in und Patient*in eine in bestimmten Situationen der PAT hilfreiche oder gar notwendige Intervention (Calder & Hasler, 2023; Mithoefer, 2015) oder ist physischer Kontakt eine unnötige, ethisch bedenkliche Reminiszenz, und / oder ist sie körperpsychotherapeutisch ausgebildeten Personen vorbehalten?
- Ist die eigene Erfahrung mit der Wirkung der Psychedelika ein notwendiger Teil in der Ausbildung eines*r PAT-Therapeut*in analog zur Selbsterfahrung anderer Psychotherapieverfahren (Mueller, 2022; Nielson & Guss, 2018) oder ist die Eigenerfahrung entbehrlich oder gar unerwünscht wegen Voreingenommenheit oder fehlender Neutralität des*der Therapeut*in?

Solche und andere zentrale Kontroversen wurden und müssen weiter diskutiert werden. Als Grundlage für diese Diskussion dienen sowohl die empirische Forschung als auch die langjährigen fundierten Erfahrungen der PAT-Therapeut*innen.

Die Autor*innen der hier vorliegenden Empfehlungen sind in der Mehrheit psychotherapeutisch orientiert und haben teilweise langjährige Erfahrung mit PAT in Forschung und Praxis. Die vorliegenden Empfehlungen sollen als Orientierungshilfe für die Einbettung der psychedelischen Erfahrung in einen längeren psychotherapeutischen Prozess verstanden werden, der nicht auf die einmalige Verabreichung von Psychedelika beschränkt ist. Sie zeigen die relevanten Methoden und übergeordneten Fragestellungen und sollen Orientierung sein für die Arbeit mit Psychedelika, ohne die Tiefe eines Fachbuches oder einer Ausbildung zu erreichen. Die Richtlinien sollen aber auch Behörden, Politiker*innen, Krankenversicherungsvertreter*innen und nicht direkt involvierten Fachleuten helfen, sich einen vertieften Überblick über das Thema zu verschaffen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Erarbeitung dieser Guidelines ausdrücklich als Hilfsmittel bei der Beurteilung der Anträge für eine beschränkte medizinische Anwendung der in Frage kommenden Betäubungsmittel angeregt.

Geschichtlicher Hintergrund

Die Behandlung von körperlichen und seelischen Störungen mit Hilfe von bewusstseinsverändernden Substanzen ist seit prähistorischen Zeiten Teil menschlicher Heilkunde (George et al., 2021). In der

modernen westlichen Welt wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts mit der chemischen Beschreibung von Meskalin erstmals ein Psychedelikum naturwissenschaftlich erforscht und in einer Monografie des Psychiaters Kurt Beringer (Beringer, 1927) phänomenologisch beschrieben. Die Idee der therapeutischen Nutzbarkeit wurde darin noch nicht aufgenommen.

Im Jahr 1943 startete eine neue Ära der Bewusstseinsforschung mit der Entdeckung der psychoaktiven Wirkung von LSD durch Albert Hofmann. Dies weckte unter anderem die Hoffnung, die Entstehung von Psychosen anhand einer durch diese Substanz induzierte Modell-Psychose erforschen zu können und somit psychische Erkrankungen besser verstehbar und heilbar zu machen. Die systematische Behandlung von psychisch erkrankten Menschen mit Psychedelika begann im klinischen Rahmen der naturwissenschaftlich orientierten Medizin in der Mitte der 1940er Jahre mit der Arbeit von Werner A. Stoll (Stoll, 1947) an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich.

Die hier vorliegenden Behandlungsempfehlungen folgen grundsätzlich den Prinzipien der evidenz-gestützten, schulmedizinisch ausgerichteten Medizin.

Momentane Situation – „Psychedelische Renaissance“

Anfang der 1970er Jahre wurden Psychedelika (LSD, Psilocybin, DMT, Meskalin u.a.m.) weltweit strikt reguliert oder de facto verboten. Damit kamen auch die medizinische Anwendung und klinische Forschung praktisch zum Stillstand. Mit der Untersuchung der neurobiologischen Wirkmechanismen des Psilocybin (z.B. Vollenweider et al., 1997 und weitere) erfolgte etwa ab Mitte der 1990er Jahre eine Wiederbelebung der Psychedelika-Forschung. Etwas später begannen Griffiths und Kolleg*innen in Baltimore zunächst psychologische Effekte bei gesunden Versuchspersonen zu erforschen (Griffiths et al., 2006 und andere). Anschliessend folgte in klinischen Studien die Erforschung der Effekte von Psilocybin auf die Angstsymptomatik bei Krebspatient*innen (Griffiths et al., 2016).

Anfang der 2000er Jahre startete die *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies* (MAPS) in den USA Forschungsprojekte zu MDMA bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) (Gu et al., 2021; Oehen et al., 2013). MDMA wurde 1985 als letzte der im westlichen Kontext therapeutisch genutzten bewusstseinsverändernden Substanzen verboten. Im Jahr 2007 wurde durch ein schweizerisches Projekt (Gasser et al., 2014) nach mehr als 35 Jahren Unterbruch auch LSD erstmals wieder in einem klinischen Forschungsprojekt untersucht. 2012 erschien das Buch „The Psychedelic Renaissance“ (Sessa, 2012) des englischen Psychiaters Ben Sessa, das mit seinem Titel den Begriff prägte, der sich in der Folge durchsetzte, um das wieder erwachte Interesse an

bewusstseinsverändernden Substanzen in Forschung und klinischer Anwendung zu etikettieren. Im Zuge dieser Wiederbelebung der Psychedelikaforschung fand auch das seit den 1960er Jahren auf dem Markt befindliche Anästhetikum Ketamin (Ketalar®), ein atypisches, kurzzeitig wirkendes Psychedelikum, eine neue Verwendung als Behandlung der behandlungsresistenten Depression. Psychedelika sind (Stand Herbst 2023) noch nicht zugelassene Substanzen, werden aber in klinischen Studien für verschiedene Indikationen (u.a. PTBS, Depression, Angsterkrankungen, Alkoholabhängigkeit) geprüft (Bogenschutz et al., 2022; Goodwin et al., 2022; Holze et al., 2023; Mitchell et al., 2021).

In den vorliegenden Leitlinien benutzen wir den Begriff „Psychedelika“ als Oberbegriff für die in der Therapie verwendeten bewusstseinsverändernden Substanzen. Insbesondere fokussieren wir uns auf die aktuell im Rahmen der Ausnahmegewilligungen des BAG eingesetzten Substanzen MDMA (kein klassisches Psychedelikum im engeren Sinne), LSD und Psilocybin. Weitere klassische Psychedelika wie Meskalin oder DMT könnten aufgrund der aktuellen Studienlage in den nächsten Jahren ähnlich verwendet werden. Daneben wird aktuell auch Ketamin teilweise in einem psychotherapeutischen Rahmen eingesetzt und entsprechende Weiterbildungen werden auch in der Schweiz durchgeführt.

Therapeutische Anwendung von Psychedelika in der Schweiz

In den Jahren 1988 bis 1993 wurde einigen Ärzt*innen – alles Mitglieder der SÄPT – vom BAG die Bewilligung erteilt, Patient*innen mit LSD und MDMA zu behandeln (Gasser, 1996). Nach einer längeren Pause wurde es seit 2014 in der Schweiz als weltweit einzigem Land möglich, im Rahmen von Einzelfallbewilligungen durch die nationale Gesundheitsbehörde (Bundesamt für Gesundheit, BAG) Therapien mit zunächst LSD und MDMA und ab 2021 auch mit Psilocybin durchzuführen.

Grundlage dafür ist ein Ausnahmeartikel in der Betäubungsmittelgesetzgebung (Artikel 8, Absatz 5 des BtmG), wonach in Ausnahmefällen für die Stoffe der obersten Verbotsstufe (Liste d) eine Bewilligung erteilt werden kann, wenn es „der beschränkten medizinischen Anwendung“ von schwerwiegenden Erkrankungen dient. Die PAT ist keine *first-choice Behandlung*, sondern kommt nur für Personen in Betracht, die bereits mehrere andere psychotherapeutische oder psychopharmakologische Therapien ohne anhaltenden Erfolg durchlaufen haben.

Zum Teil wurde für diese Behandlungen auch der Begriff „compassionate use“ verwendet, da die Anwendung erst nach Ausschöpfen der üblichen Methoden und oft auch bei Patient*innen mit

lebensbedrohlichen/terminal Erkrankungen erfolgt. Regulatorisch bezieht sich jedoch der Begriff *compassionate use* auf eine temporäre Anwendung eines noch nicht zugelassenen Medizinalproduktes bei Patient*innen ausserhalb einer parallel-laufenden Zulassungsstudie. Für eine solche Behandlung müsste der Studiensponsor (die Pharmafirma) den Antrag zur Verwendung bei der Swissmedic stellen. Die beschränkte medizinische Anwendung von Psychedelika erfolgt jedoch in aller Regel nicht parallel zu einer Zulassungsstudie (in der Schweiz) und erfolgt nicht auf Antrag eines Sponsors und wird durch das BAG bewilligt.

Regulatorisch ist die PAT in der Schweiz eine „beschränkte medizinische Anwendung“ einer ansonsten verbotenen Substanz basierend auf einer Ausnahmegewilligung des BAG. Aus therapeutischer Sicht verwenden wir die Bezeichnung „Psychedelika-assistierte Therapie“ (PAT). PAT hat neben seiner inhaltlichen Passung den Vorteil, dass sich diese Bezeichnung international durchsetzt.

Derzeit (Herbst 2023) sind legale PAT ausserhalb zugelassener Studien weltweit nur in der Schweiz, in Australien (seit 1. Juli 2023, ausgewählte Therapeut*innen, Anwendung von MDMA bei PTBS und Psilocybin bei Depression), und in Kanada (ausgewählte Therapeut*innen, Anwendung von Psilocybin bei Palliativbehandlungen für Krebspatient*innen) möglich. Ausserdem existieren in Mexiko und Kanada Kliniken, die sich auf die Anwendung des atypischen Psychedelikums Ibogain zur Behandlung von Opioid-Abhängigkeit spezialisiert haben, und in einigen südamerikanischen Ländern sind überdies Zentren entstanden, die den schamanisch-indigenen oder synkretistischen legalen Gebrauch von Ayahuasca mit psychotherapeutischen Ansätzen verbinden.

In der Schweiz wurden seit 2014 mehr als 1000 Bewilligungen für die beschränkte medizinische Anwendung an etwa 60 Ärzt*innen vergeben. Schätzungsweise fanden damit etwa 2000 bis 3000 Psychedelika-Behandlungen mit MDMA, LSD und Psilocybin statt. Konkrete Zahlen liegen aktuell für die Jahre 2016 bis und mit November 2023 vor: In diesem Zeitraum gab es insgesamt 1051 Bewilligungen (Erstbewilligungen und Fortsetzungen), davon 351 für MDMA, 338 für LSD und in den Jahren 2021 – 2023 362 für Psilocybin (Information des BAG, Stand Dezember 2023).

Die Bewilligungen gelten jeweils für eine*n Patient*in für eine spezifische Substanz für die Dauer eines Jahres mit der Möglichkeit zur Verlängerung, wenn es der therapeutische Prozess erfordert und eine erneute Bewilligung erteilt wird. Die Entscheidung über die Dosierung der Substanz, die Frequenz psychedelischer Sitzungen, das Setting und die Form und Intensität begleitender Psychotherapie liegt beim*bei der Inhaber*in der Ausnahmegewilligung und dessen*deren individueller Therapieausgestaltung.

Das BAG ermöglicht es seit bald zehn Jahren, dass in der Schweiz Psychedelika-unterstützte Behandlungen in nicht geringem Umfang durchgeführt werden konnten. Das BAG gab 2019 einen Expertenbericht in Auftrag, der über Stand und Entwicklungsszenarien der Behandlung mit Psychedelika Aufschluss gibt (Liechti, 2019).

Berufliche Voraussetzungen und Qualifikation

Um eine Einzelbewilligung für die Verwendung von Psychedelika bei einem*r Patient*in zu erhalten, braucht es eine ärztliche Berufsausübungsbewilligung. Bei der Anwendung von Esketamin (Spravato®) ist eine Schulung durch die pharmazeutische Vertriebsfirma vorgesehen. Eine PAT mit dem racemischen Narkotikum Ketamin (Ketalar®) unterliegt den Regeln des *Off-Label-Use* und liegt damit ebenfalls stärker in der Verantwortung des*der verabreichenden Arztes*Ärztin. Eine BAG-Bewilligung ist dafür aber nicht nötig, da Ketamin nicht als Betäubungsmittel klassifiziert ist. Für den Bezug, die Lagerung und die Anwendung von Psychedelika (LSD, MDMA, Psilocybin) braucht es eine Bewilligung der Gesundheitsbehörde (BAG). Das Gesuch an das BAG muss durch den*die behandelnde*n Arzt*Ärztin mit Berufsausübungsberechtigung in der Schweiz gestellt werden und gilt nur für Patient*innen mit Schweizer Wohnsitz.

Die für die Behandlung verantwortliche Person ist a) bei einer Studie der*die Studienleiter*in, b) in einer ärztlich geleiteten Institution die*der ärztliche Bewilligungsinhaber*in (in der medizinischen Letztverantwortung die medizinische Leitung) oder c) in einer privaten Praxis der*die ärztliche Bewilligungsinhaber*in. Sie kann Teile der Behandlung an Studienmitarbeiter*innen, nicht-ärztliche Psychotherapeut*innen oder spezifisch geschultes Pflegepersonal u.a. delegieren (Ljuslin & Schaller, 2017). Der*die Bewilligungsinhaber*in bleibt jedoch die letztverantwortliche Person für die jeweilige Behandlung bzw. in einer ärztlich geleiteten Institution die ärztliche Leitung. Die Haftpflichtversicherung des*der Bewilligungsinhaber*in deckt die Risiken einer PAT im Rahmen ihrer Leistungspflicht.

Weiterbildung, Fortbildung, Zertifizierung, Vernetzung

Ergänzend zu der durch das BAG definierten Bedingung einer ärztlichen Berufsausübungsbewilligung sehen wir in den meisten Fällen eine weitgehend abgeschlossene Weiterbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren als Voraussetzung, zumindest für die Durchführung von PAT mit

Vor- und Nachsorge bei primär psychiatrischen Indikationen. Dies beinhaltet neben umfassenden Kenntnissen der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen im Allgemeinen auch die fortgeschrittene Entwicklung einer Identität als Therapeut*in und einer therapeutischen Grundhaltung, die Aneignung geeigneter therapeutischer Techniken, das Wissen um das Wesen und die Eigenheiten der therapeutischen Beziehung, die Fähigkeit zur professionellen Selbstreflexion und die Bereitschaft, sich mit der eigenen Persönlichkeit kritisch und umfassend zu beschäftigen, und diese entsprechend weiter zu entwickeln. Wie in anderen Fachgebieten ist die Fähigkeit zum professionellen Austausch, zu kollegialer Zusammenarbeit und Kritikfähigkeit von zentraler Bedeutung. Den aktuell praktizierten breiten fachlichen Hintergrund der PAT-Therapeut*innen erachten wir einerseits als eine wertvolle Ressource für unsere Patient*innen, andererseits aber auch für die Weiterentwicklung des Angebots und der Methode. Je nach Indikation können die Anforderungen an den psychotherapeutischen Hintergrund variieren. Beispielsweise kann die psychotherapeutische Einbettung der PAT bei der Behandlung von Schmerzerkrankungen wie etwa Cluster-Kopfschmerzen, MS, post-virale Fatigue, Palliative Care oder Einsatz von Microdosing bei ADHS (Mind Medicine, Inc., 2021; Schindler, 2022, 2023; Schindler et al., 2021, 2022) zwar relevant sein, jedoch weniger stark als z.B. bei der PAT bei Depressionen oder Angststörungen. Entsprechend gibt es auch Bewilligungsinhaber*innen anderer Fachrichtungen (z. B. Allgemeine Medizin, Innere Medizin, Neurologie, Palliativmedizin oder Anästhesie). Teilweise kann in Fällen, wo die Vor- und Nachbehandlung bei einem Psychotherapeuten erfolgt, die Begleitung des*der Patient*in am Substanzbehandlungstag ganz oder teilweise durch eine mit der PAT vertrauten, aber nicht spezifisch psychotherapeutisch geschulten Person erfolgen, z. B. insbesondere im stationären Setting.

Die Psychedelika-gestützte Psychotherapie als Methode ermöglicht ein Erleben, das jenseits der gewöhnlichen psychologischen Erfahrungen liegt. Dieses singuläre Erleben erfordert von Therapeut*innen ein tiefgehendes Verständnis der psychologischen Prozesse und der besonderen Herausforderungen, die damit einhergehen. Zusätzliches Wissen über psychedelische Substanzen, die richtige Vorbereitung und Integration dieser Erfahrungen ist folglich unerlässlich, um sicherzustellen, dass die Methode erfolgreich und verantwortungsbewusst durchgeführt wird. Entsprechend erachten wir für das Erlernen der PAT mittelfristig eine formalisierte Weiterbildung oder Zusatzausbildung grundsätzlich als sinnvoll¹ (Aicher & Gasser, accepted). Die teilweise

¹ Die SÄPT bietet im dritten Lehrgang eine dreijährige Weiterbildung an, die Wartelisten sind lang. Zurzeit übersteigt die Nachfrage nach Weiterbildungen in PAT das Angebot bei weitem.

mehnjährigen Weiterbildungsangebote sind ressourcenintensiv. Zurzeit gibt es noch nicht genügend Dozent*innen mit entsprechender Expertise, die eine solche umfassende Weiterbildung zusammenstellen können. Interessierte müssen sich oft auf Wartelisten setzen lassen, Angebote in grosser Entfernung suchen oder sich mit Online-Formaten begnügen. Dabei ist die Qualität im Voraus häufig schlecht abschätzbar. Es gibt beispielsweise Online-Angebote für Kurse von kurzer Dauer mit daher fraglichen Zertifizierungsversprechen. Zudem unterscheiden sich die Zielgruppen verschiedener Angebote, einige mit dem Anspruch, psychotherapeutischer Arbeit gerecht zu werden, andere mit einem Fokus auf die Begleitung von primär gesunden Personen ausserhalb eines therapeutischen Rahmens. Hierbei sollten Richtlinien mit Qualitätskriterien für Weiterbildungsangebote – wie z.B. von Phelps (2017) formuliert – Orientierung bieten. Auch Zertifizierungen durch anerkannte Institutionen werden implementiert werden müssen. Dabei kann auf bestehende Zertifizierungsstrukturen zugegriffen werden. Informationen über Fortbildungsangebote und Fachstellen sollen für alle zugänglich und transparent sein. Es müssen allgemeine Qualitätsstandards und Zulassungskriterien für Fortbildungen und Fachstellen festgelegt werden. Zusammenarbeit und Partnerschaften sollten gefördert werden, um gemeinsame Fortbildungsprogramme oder Fachstellen zu schaffen. Auch sollten Feedback und Evaluierung der Teilnehmenden standardmässig erhoben werden, um die Fortbildungsangebote den Bedürfnissen der Lernenden anzupassen. Das zu entwickelnde Angebot sollte auf einer soliden Grundlage aufbauen, die sowohl die verfügbare wissenschaftliche Evidenz, als auch die etablierte fachliche Kompetenz der bereits in diesem Gebiet tätigen Therapeut*innen berücksichtigt.

Darüber hinaus sollte das zu entwickelnde Angebot in die bestehende Weiterbildungslandschaft integriert werden. Dies ermöglicht es, Synergien zu nutzen. Dies wiederum unterstützt die berufliche Entwicklung der Therapeut*innen und trägt dazu bei, ihre Qualifikationen kontinuierlich zu verbessern.

Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt keine Zertifizierung zum*zur PAT-Therapeut*in. Selbst wenn dies in absehbarer Zukunft möglich werden und es in der Schweiz akkreditierte Zertifizierungen geben sollte, wird sich das Problem der das Angebot übersteigenden Nachfrage von Seiten der Kolleg*innen, aber auch der Patient*innen kurzfristig nicht lösen lassen. Diese Situation dürfte weiter verstärkt werden, sollten Psychedelika registrierte und damit verschreibungsfähige Medikamente werden.

In dieser Situation kommt der ohnehin wichtigen Vernetzung in Intervision und der Begleitung durch Supervision und der Möglichkeit, qualitativ hochwertige Fortbildungsangebote zu nutzen,

verstärkt Bedeutung zu. Seit mehreren Jahren führt die Schweizerische Ärztegesellschaft für Psycholytische Therapie (SÄPT) in der Schweiz eintägige Fortbildungsseminare durch, die sich spezifisch an PAT-Therapeut*innen richten. Auch führt die SÄPT quartalsweise Onlinefortbildungen durch. Es gibt international mittlerweile ein breit gefächertes Programm an weiteren Online-Veranstaltungen, durch welches Wissen über Psychedelika vermittelt und diskutiert wird. Bis zum zahlenmässig ausreichenden Angebot an zertifizierten Weiterbildungen könnte das kontinuierliche Nachführen eines Fortbildungsportfolios, in dem die Teilnahme an qualifizierten Fortbildungsveranstaltungen dokumentiert wird, ein Mittel sein, um das eigene Interesse und den Kompetenzerwerb zu dokumentieren, vergleichbar mit dem Fortbildungsnachweis der FMH, welcher Weiterbildung, Supervision und Intervision umfasst. Ein solches Fortbildungsportfolio müsste noch skizziert und umrissen werden. Rahmenbedingungen wie beispielsweise zeitliche oder inhaltliche Minimalanforderungen, anerkannte Weiterbildungsformate und Inhaltliches müssten dafür geklärt werden. Grundsätzlich obliegt es wie bei anderen medizinischen Behandlungen auch dem*r ärztlichen Behandler*in sich weiter- und fortzubilden.

Die Anforderungen der Mitarbeitenden, welche PAT im Rahmen eines institutionellen Angebotes durchführen, entsprechen grundsätzlich den oben geschilderten. Es besteht bei Behandlungen innerhalb einer Klinik eine zusätzliche Verantwortung der Klinikleitung für die Qualität und Sicherheit des Angebotes. Sie ist verantwortlich, dass die einzelnen Mitarbeitenden die oben geschilderten Qualifikationen aufweisen und ein notwendiger Wissenserhalt und -transfer innerhalb der Institution gewährleistet ist. Zudem sollte eine konzeptionelle Grundlage für die Institution bestehen, die den Ablauf der Therapie innerhalb der Institution und den Kontakt mit den vor und nachbehandelnden Instanzen regelt, wie beispielsweise in den Behandlungsrichtlinien der UPK Basel (Müller, 2023). Sie sollte mit anderen institutionellen Anbietern einer PAT in einem regelmässigen Austausch zur Methodenentwicklung und Qualitätssicherung eingebunden sein (zum Beispiel in einem Qualitätszirkel).

Persönliche Erfahrung mit Psychedelika

Eine weitere wichtige Frage stellt sich bezüglich der Notwendigkeit der Selbsterfahrung mit psychedelischen Substanzen. Praktisch alle Psychotherapieweiterbildungen fordern von Ausbildungskandidat*innen ein gewisses Mass an Selbsterfahrung mit der erlernten Methode. In der

Schweiz ist die Selbsterfahrung verpflichtend für die eidgenössisch akkreditierte Psychotherapieweiterbildung und auch für die FMH-Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie, ebenso in Deutschland für die staatlich anerkannte Weiterbildung zur*zum psychologischen Psychotherapeut*in. Die Annahme liegt nahe, dass es bei psychedelischen Substanzen aufgrund der sehr spezifischen bewusstseinsverändernden Erfahrung, die sich oft ausserhalb des durch das alltägliche Erleben Bekannte bewegt, umso wichtiger sein könnte, dass Therapeut*innen nachvollziehen können, welcher Art die Erfahrungen von Patient*innen während der Behandlung sein können, da sich diese in praktisch allen Bereichen der Wahrnehmung grundlegend von solchen im regulärem Wachbewusstsein unterscheiden können.

Die Anforderung an angehende Therapeut*innen eine psychedelische Erfahrung zu machen, wirft allerdings auch ethische Fragen in Bezug auf Autonomie und potenzielle Kontraindikationen auf (Emmerich & Humphries, 2023). Die derzeit laufende PAT-Weiterbildung der SÄPT wird durch eine wissenschaftliche Studie zu diesem Thema begleitet (Mueller, 2022). Im Rahmen der Studie haben die Teilnehmer*innen die Möglichkeit, Substanz-induzierte Selbsterfahrungen mit MDMA, LSD und Psilocybin zu machen. Dabei wird die Frage nach der Relevanz solcher Selbsterfahrungen und mögliche Auswirkungen auf die therapeutische Haltung untersucht. Die wissenschaftlichen Daten und Erkenntnisse dieser Studie werden einen Beitrag zum aktuellen Diskurs leisten. Aus rechtlichen Gründen sind psychedelische Selbsterfahrungen mit den hier genannten Substanzen für Therapeut*innen ausserhalb von wissenschaftlichen Studien in den meisten Ländern aktuell nicht durchführbar. Es gibt jedoch alternative Methoden wie beispielsweise das holotrope Atmen oder die off-label Anwendung von Ketamin, die einen Eindruck von verwandten veränderten Bewusstseinszuständen vermitteln können, wenngleich sich die durch die verschiedenen Methoden induzierten Erfahrungen phänomenologisch, hinsichtlich der Dynamik und auch bezüglich der körperlichen Empfindungen unterscheiden. Wie in anderen Methoden ist auch hier die psychedelische Selbsterfahrung keine Garantie für die therapeutische Kompetenz. Auch bei psychedelischer Selbsterfahrung der Therapeut*innen können Set, Setting und Substanz in ihrem Zusammenwirken jeweils so stark variieren, dass im Verlauf einer Ausbildung damit allenfalls nur einzelne Facetten und Teilbereiche kennengelernt werden können. Es ist hilfreich, sich dieser grundlegenden Limitation in der eigenen klinischen Arbeit bewusst zu sein.

Indikation und Kontraindikation

Die PAT, die zurzeit in der Schweiz dank Ausnahmegewilligungen durchführbar ist, ist in dieser Form in jedem Fall eine Reservebehandlung für Personen, die schon mehrere psychiatrische, psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Behandlungen mit ausbleibendem oder nicht anhaltendem Erfolg durchlaufen haben. Dabei sollen folgende Kriterien erfüllt sein: Die Patient*innen leiden an einer schwer behandelbaren Krankheit, ihre Leiden können durch die Einnahme des verbotenen Betäubungsmittels gemildert werden, die bestehenden Therapiemöglichkeiten sind weitgehend ausgeschöpft, und die Abgabe des verbotenen Betäubungsmittels ermöglicht der*dem Patient*in eine unabhängigere Lebensweise (Bundesrat Bericht Kessler, 2018). Dies ist für eine Bewilligungserteilung eine Voraussetzung. Sie muss vom*von der Antragssteller*in angeführt werden und wird vom BAG als Eingangskriterium überprüft. Auch eine grosse Zahl von Forschungsprojekten wie MDMA bei PTBS oder Psilocybin bei sogenannter „therapieresistenter Depression“ (TRD) fokussieren auf psychische Störungsbilder, welchen schwer zu behandelnde Leiden zugrunde liegen. Bei den Ausnahmegewilligungen des BAG stellen diesbezüglich einzig die Behandlungen von Krebspatient*innen, die im Rahmen schwerer körperlicher Erkrankung mit (existenziellen) Ängsten zu kämpfen haben, eine Ausnahme dar. Grund dafür ist, dass psychoonkologischen Behandlungen oft wenig verbleibende Lebenszeit zur Verfügung steht und eine Behandlung schnell zu den wesentlichen therapeutischen Aspekten führen sollte. Dies ist mit Psychedelika oft möglich, wie bereits relativ viele Studienergebnisse zeigen (z. B. Gasser et al., 2014; Griffiths et al., 2016; Holze et al., 2023; Ross et al., 2016).

Das Gesetz legt keine spezifischen Indikationen fest für die Verschreibung von Psychedelika. In der Regel werden jedoch Ausnahmegewilligungen nur für die am umfassendsten erforschten Indikationen wie Depression, PTBS und Angststörungen gewährt (klinische Studien Phase 2 und 3). Unter Beachtung einer überzeugenden Begründung und Erfüllung der Kriterien für eine begrenzte medizinische Anwendung kann das BAG jedoch im Einzelfall auch Bewilligungen für zusätzliche Indikationen erteilen (z. B. Suchterkrankungen, Zwangsstörungen, Essstörungen oder Autismus-Spektrum-Störungen). Es dürfen keine Kontraindikationen vorliegen und das Kriterium des fehlenden Ansprechens auf alternative, geeignete Therapieformen muss erfüllt sein.

Auch für Anwendungen, die nicht im engeren Sinne einen psychotherapeutischen Fokus haben, wie beispielsweise die Behandlung von Schmerzerkrankungen wie etwa Cluster-Kopfschmerzen, MS, post-virale Fatigue, Palliative Care oder Microdosing bei ADHS, sind

Behandlungsanträge denkbar und entsprechende Behandlungen wurden bereits in kleinem Umfang durch das BAG bewilligt.

Patientenvariablen, Störungsbilder, absolute und relative Kontraindikationen

Etwas vereinfacht lässt sich sagen, dass Psychedelika bei Erkrankungen erfolgsversprechend eingesetzt werden können, bei denen es deutliche psychodynamische Entstehungsbedingungen gibt und bei denen auch Psychotherapie effektiv ist. Wenngleich das Auslösen von über die akute Wirkung der Psychedelika hinausgehenden chronischen psychotischen Erkrankungen bis anhin wissenschaftlich nicht belegt ist, so gebietet das Vorsorgeprinzip, Personen mit Psychose-Risiko oder mit schizophren-psychotischen und bipolaren (insbesondere bipolar I, also manisch-depressiv i.e.S.) Episoden in der Anamnese von PAT auszuschliessen. Zusätzlich ist erhöhte Vorsicht geboten bei Adoleszenten, deren kognitive Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Auch ist bei Menschen mit unsicherer und stark schwankender Bindungsfähigkeit (z.B. bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung oder dissozialer Persönlichkeitsstörung) erhöhte Vorsicht geboten, da die therapeutische Beziehung ein wesentlicher Schutzfaktor vor Selbst- und/oder Fremdgefährdung ist. Daher ergeben sich bei schwerwiegenden Störungen der Interaktions- und Beziehungsfähigkeit (bspw. frühe Bindungs- und Entwicklungsstörungen im Sinne komplexer Traumatisierung oder narzisstischen Persönlichkeitsstörungen) besondere Anforderungen an die langfristige, gezielte und tragfähige therapeutische Beziehungsgestaltung.

Bei älteren Menschen stellt sich vermehrt die Frage von Medikamenteninteraktionen und auch der körperlichen Belastung durch eine Psychedelika-Erfahrung, wobei die klassischen Psychedelika ein insgesamt gutes somatisches Risikoprofil aufweisen. Bei Menschen in sozial wenig eingebundenen Lebensumständen mit unsicheren oder fehlenden nahen Beziehungen bis hin zu ausgeprägter sozialer Isolation, finanziellen Schwierigkeiten, unfreiwilliger Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit muss zudem die Frage, wie eine psychedelische Erfahrung angesichts karger Ressourcen sinnvoll integrierbar ist, sorgfältig geprüft werden. Die Indikation für eine „erweiterte“ Assistenz in sozialpsychiatrischer Form soll in diesen Fällen unbedingt geprüft werden: Besuche der Wohnhilfe, der psychiatrischen Spitex oder eine sozialarbeiterische Unterstützung können die PAT wesentlich unterstützen, deren Ergebnisse stabilisieren oder überhaupt erst ermöglichen.

Zusätzlich gibt es eine Reihe schwerer körperlicher Erkrankungen (v.a. kardiovaskulär oder neurologisch) oder physiologischer Zustände (Schwangerschaft, Stillzeit), bei denen das Risikoprofil der verwendeten Substanzen aktuell noch nicht abschliessend beurteilt werden kann und bei denen eine individuelle, sorgfältige Risiko-Nutzen-Abwägung gemacht werden muss. Bei Vorliegen einer schwereren somatischen Erkrankung oder bei unklarer somatischer Ausgangslage ist der Beizug eines*einer entsprechenden Facharzt*in ratsam.

Psychedelika-assistierte Therapie (PAT)

Die PAT wurde in den älteren Arbeiten der 1950er bis 1970er Jahre ganz selbstverständlich als eine Psychotherapie aufgefasst. Bereits während dieser ersten Periode der Entwicklung Psychedelika-Assistierter-Psychotherapie wurden zwei unterscheidbare Verfahrensweisen entwickelt: Einerseits die „psycholytische“ Methode, basierend auf einem tiefenpsychologischen Ansatz mit Widerstandsanalyse und Übertragungsdeutung (Leuner, 1971, 1981), und andererseits die „psychedelische“ Verfahrensweise, mehr den aufkommenden humanistischen Strömungen folgend, einen stärkeren Fokus auf sogenannte spirituelle Gipfelerfahrungen (*peak experiences*) legend und auf deren vermutete transformative Wirkung (Grof et al., 2001).

Erst in der jüngeren Zeit wurde die Frage gestellt, ob den therapeutischen Effekten dieser Substanzen rein pharmakologisch-biologische Mechanismen zugrunde liegen könnten (z.B. Grieco et al., 2022). So gibt es etwa Bestrebungen, neue Substanzen mit 5-HT-2A-Rezeptor-Affinität zu entwickeln, die keine psychoaktive, psychedelische Wirkung zeigen. Dahinter steht die Absicht, eine Substanz zu finden, welche die positiven Wirkungen der Psychedelika ohne deren subjektive Wirkung und entsprechenden potentielle Limitationen hat (Olson, 2021; Taylor, 2022).

Aus bio-psycho-sozialer Sicht lassen sich die meisten psychischen Erkrankungen als Ausdruck ungünstigen Zusammenwirkens von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren verstehen. Auch lassen sich viele psychische Schwierigkeiten als Reaktion auf überfordernde bis traumatisierende Beziehungserfahrungen und damit verknüpfte, problematische Bindungsmuster und Entwicklungsstörungen deuten.

Die Einbettung psychedelischer Erfahrungen in einen psychotherapeutischen Kontext dient einerseits der Sicherheit der Durchführung der psychedelischen Sitzung, und zudem erachten wir die Erfahrung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung als möglichen Wirkfaktor (Grawe, 2004;

Murphy et al., 2022). Deshalb ist nach aktuellem Erkenntnisstand ein guter, sicherer, wirksamer und schützender psychotherapeutischer Rahmen zu definieren und weiterzuentwickeln.

Psychotherapeutischer Rahmen

Einbettung in fortlaufende Therapie

Die Behandlung psychischer Störungen erfordert einen geeigneten Behandlungsrahmen, in dem die therapeutischen Interventionen, zumeist in Gesprächsform oder mit einer teilweise nonverbalen Methode (Körperpsychotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie u.a.) stattfinden. Dabei können auch medikamentöse Behandlungen (z.B. Antidepressiva) eingeleitet und begleitet werden. Dies trifft auch bei der PAT zu, zumal es sich dabei um eine Behandlung für schwerwiegende, lang bestehende psychische, psychosomatische oder somatische mit auch teilweise psychischer Komorbidität (z.B. Cluster-Kopfschmerzen) Problematiken handelt. Eine erfolgsversprechende PAT verfolgt die Perspektive eines ganzheitlichen, längerfristig angelegten therapeutischen Prozesses. Hierbei ist die Übereinkunft spezifischer Therapieziele mit den Patient*innen eine essentielle Etappe. Dieses Ziel kann beispielsweise die signifikante Reduktion von Symptomen, die Steigerung der Lebensqualität oder -führung, die Akzeptanz der persönlichen Situation, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und ähnliches umfassen.

Da momentan die Nachfrage nach PAT in der Schweiz das Angebot bei weitem übersteigt, kommen inzwischen viele Patient*innen mit der direkten Anfrage nach einer Psychedelika-Therapie in Behandlung. Es ist aber durchaus möglich, dass ein*e Therapeut*in mit der*dem Patient*in nach vorangehender längerer psychotherapeutischer Behandlung die Option einer PAT vorschlägt und diese entweder selber durchführt oder in Kooperation an eine*n Kolleg*in weiterweist.

Je nach Schweregrad und Art der Erkrankung kann eine stationäre Behandlung Vorteile bezüglich Sicherheit und Wirksamkeit bieten. Beispielsweise kann bei einer*m schwer depressiven Patient*in eine stationäre Behandlung notwendig sein, im Verlauf derer eine PAT in die stationäre Behandlung integriert ist.

Meistens ist aber eine ambulante Behandlung therapeutisch ausreichend und ökonomisch tragbarer. Die Erfahrung aus zwei therapeutischen LSD-Studien (Gasser et al., 2014; Holze et al., 2023) legen nahe, bei protrahierten Verläufen der LSD-Sitzung am Behandlungsort (psychiatrische Praxis) eine Übernachtungsmöglichkeit bereit zu stellen. Dafür kann ein Nachtpikettdienst eingerichtet werden. Die Patient*innen können am nächsten Morgen nach einem Integrationsgespräch durch den*die Studientherapeut*in nach Hause entlassen werden. Die jeweilige Sitzungsfrequenz für die psychedelischen Erfahrungen und die spezifische Vorgehensweise hängen dabei von der individuellen Problematik der*des Patient*in und von der Grundausbildung und Methodik der*des Therapeut*in ab. In einer Nachbefragung (Gasser, 1996) wurde festgestellt, dass Patient*innen, die ambulant eine Psychotherapie mit PAT erhielten, im Durchschnitt drei Jahre lang psychotherapeutisch behandelt wurden. In dieser Zeit nahmen sie durchschnittlich siebzig Gesprächstherapiestunden in Anspruch und erlebten sieben psychedelische Erfahrungen mit Substanzen wie MDMA und/oder LSD. In einer aktuellen retrospektiven Untersuchung (Schmid et al., 2020) wurde gezeigt, dass Patient*innen im Durchschnitt alle dreieinhalb Monate an einer Substanzsitzung mit LSD oder MDMA teilnahmen. Der Durchschnitt und die Standardabweichung der Tage zwischen diesen Substanzsitzungen betragen 105 ± 51 Tage, mit einer Spannweite von 35 bis 343 Tagen. Dies geschah nach drei bis zehn Psychotherapiesitzungen ohne Substanzen.

PAT kann aus unserer Erfahrung als grundsätzlich vereinbar mit anderen psychotherapeutischen Ansätzen angesehen und sinnvoll mit verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen und Techniken kombiniert werden. Trotz der gemeinsamen therapeutischen Grundsätze gibt es bedeutende Unterschiede zwischen der Psychotherapie im Allgemeinen und PAT Modalitäten. Es ist notwendig, dass PAT-Therapeut*innen eine Offenheit für einen grösseren Bezugsrahmen haben und ein spezifisches Verständnis für die mitunter intensiven substanzinduzierten Zustände und die möglichen Erfahrungsebenen dieser veränderten Bewusstseinszustände. PAT-Therapeut*innen müssen auch die entsprechenden Anforderungen an das therapeutische Setting verstehen.

Psychedelika scheinen ein transdiagnostisches Potential zu haben (Kočárová et al., 2021; Pouyan et al., 2023). Darüber hinaus ist aus der Psychotherapieforschung bekannt, dass Psychotherapie zu einem beträchtlichen Teil durch Schulenspezifische, allgemeine Faktoren wirksam ist (Grawe, 2004; Rogers, 1949; Wampold, 2015). Entscheidend ist demnach beispielsweise die Qualität der therapeutischen Beziehung, das Vertrauen des*der Patient*in in den*die Therapeut*in und in die Behandlung, die durch Empathie, Wertschätzung, Kohärenz, Integrität und Authentizität geprägte Haltung des*der Therapeut*in usw. Dies dürfte analog auch für die PAT gelten.

Wesentliche Wirkfaktoren sind wie in allen Psychotherapien zudem die Problemaktualisierung und eine Ressourcenaktivierung (siehe Grawe, 2004). Dies gilt auch für die Psychedelika-gestützte Behandlung. Ausserdem ermöglichen Psychedelika-Behandlungen manchmal spontane Einheits- und Verbundenheitserlebnisse oder Erfahrungen von tiefer Spiritualität, Sinn oder umfassendem Vertrauen. Daraus können sich Ressourcen von grosser therapeutischer Wirksamkeit bilden.

Es wurde postuliert, dass mit Psychedelika nicht spezifische kategoriale Diagnosen behandelt werden, sondern im Sinne einer transdiagnostischen Perspektive eher die den psychischen Störungen zugrunde liegenden gemeinsamen Pathomechanismen, wie beispielsweise Vertrauensverlust, kognitive Einengung, emotionale Blockade, Gefühl der Entfremdung von sich selbst und anderen, sozialem Rückzug, Isolation etc. (z.B. Watts et al., 2017). Die Erforschung im Hinblick auf eine Zulassung als Medikament fordert aufgrund methodischer Standards in der Arzneimittelentwicklung aber derzeit eine Fokussierung auf definierte Störungsbilder respektive Indikationen. In der Zukunft könnte sich dies ändern, wenn kategoriale Diagnosen möglicherweise durch multidimensionale Modelle ersetzt werden, wie das z. B. im Rahmen der Research Domain Criteria (RDoC) Initiative diskutiert wird (Kelly et al., 2021).

Aufgrund des Einsatzes von Psychedelika im Rahmen der Therapie ergeben sich spezifische Punkte, die im Rahmen jeder PAT beachtet und adressiert werden sollten.

Vorbereitung

Wesentlich in der Vorbereitung und eigentliche Voraussetzung für die Durchführung der psychedelischen Sitzung ist der Aufbau einer gegenseitigen Vertrauensbeziehung. Dies kann mit dem Beginn einer Psychotherapie zusammenfallen, welche fachgerecht mit der Erarbeitung eines Arbeitsbündnisses, einer therapeutischen Allianz beginnt. Eine tragfähige therapeutische Beziehung stellt wie oben beschrieben einen der wesentlichsten Faktoren in jeder Psychotherapie dar. Im Rahmen der PAT kommt ihr aufgrund des oft über längere Zeiträume non-verbaler Kontakte in vielleicht regressiven, wie auch transpersonalen psychischen Prozessen, der langen Gesamtdauer der Behandlungssitzungen (je nach verwendeter Substanz 6 bis 10 Stunden) und des meist sehr intensiven substanzinduzierten Erlebens eine noch grössere Bedeutung zu. Bei Patient*innen treten während PAT-Sitzungen regelmässig auch schwierige Emotionen und belastende Themen auf, die einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht werden sollen. In der Vorbereitungsphase werden Erwartungen, Hoffnungen, Wünsche, aber auch Ängste und Zweifel geklärt und ggf. eine

Intention sichtbar gemacht und formuliert. Der Ablauf, das Setting, die Substanz und Dosis und weitere Rahmenbedingungen des Substanztags werden besprochen, Fragen können geklärt werden. Es wird auch besprochen, ob die Substanzerfahrung im Einzel- oder Gruppensetting stattfindet. Zur Vorbereitung gehört auch die Besprechung der aktuellen Medikation (ggf. Anpassung, Ausschleichen oder Pausieren).

Es bietet sich an, in der Vorbereitungsphase eine für die psychedelische Erfahrung förderliche innere Haltung zu entwickeln. Hierbei können Methoden der Selbstregulation und Expression zur Anwendung kommen, wie beispielsweise Achtsamkeits-, Atem- oder Körperübungen. Auch Absprachen in Bezug auf möglichen Körperkontakt während der psychedelischen Sitzung sollen besprochen werden. Abbildung 1 zeigt stichwortartig wichtige Aspekte der Anfangsphase einer PAT (Vorbereitungsphase).

Vorbereitung und Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung für die PAT

- Abklärung der Indikation und Kontraindikationen (psychisch und somatisch), Besprechung der aktuellen medikamentösen Behandlung
- Einverständniserklärung, Aufklärung über mögliche Folgen der Behandlung
- Die aktuelle Situation und Geschichte des*der Patient*in kennenlernen
- Besprechen der aktuellen familiären und partnerschaftlichen Situation und mögliche Folgen der Behandlung für die Beziehungen
- Einfühlungsvermögen zeigen, Zeug*in sein
- Fachwissen anbieten bezüglich Set, Setting, Substanz, Dosierung
- Entscheidung für Einzel- oder Gruppensetting
- Ablauf der psychedelischen Sitzung erklären, konkrete Fragen klären über die Gestaltung des Raumes und der Platzierung darin, ggf. weitere Betreuungspersonen (Co-Therapeut*innen) vorstellen
- Grenzen ansprechen und respektieren, körperliche Berührung ansprechen und einüben (Bedürfnis nach Nähe vs. angemessener Distanz und Rückzugsmöglichkeit in Anwesenheit der anderen Person, Prinzip der Gewaltfreiheit, der Eigenverantwortung und des gegenseitigen respektvollen Umgangs auch in herausfordernden Situationen)

- Der mögliche vorübergehende Verlust an körperlicher oder psychisch-mentaler Autonomie während einer PAT wird besprochen. Damit assoziierte Konflikte werden thematisiert.
- Über Erwartungen, Ziele, Zweifel, Wünsche, Hoffnungen, Intentionen und Ängste sprechen
- Deutliches Benennen der Möglichkeit von mitunter auch anhaltender Verschlechterung des Befindens und der Symptomatik durch die PAT. Auch die Möglichkeit aus einer Behandlung frustriert und ohne bedeutsame Erfahrungen oder Erkenntnisse rauszukommen, werden angesprochen.
- Beantwortung aller kontextuellen Fragen
- Einüben hilfreicher Tools wie Aufmerksamkeitslenkung durch Achtsamkeit, Selbstregulation durch Atemübungen etc.
- Beide Seiten müssen sich sicher fühlen

Abb. 1. Elemente der Vorbereitung einer psychedelischen Sitzung

Psychedelische Erfahrung: Substanz, Set, Setting

Die Wahl der Substanz wird im Voraus mit der*dem Patient*in besprochen und muss auch bereits im Antrag spezifiziert werden (LSD, MDMA oder Psilocybin). Übliche Dosisbereiche liegen zwischen 75 und 200 Mikrogramm bei LSD (oft mit einer initialen Dosis von 100 mcg), zwischen 75 und 150 Milligramm bei MDMA (Wirkung u.a. gewichtsabhängig, oft mit einer initialen Dosis von 100 mg für Frauen und 125 mg für Männer) und zwischen 15 und 30 Milligramm bei Psilocybin (oft mit einer initialen Dosis von 20 mg). In der aktuellen Behandlungspraxis besteht ein Spielraum für die Dosis. Die Entscheidung liegt bei der*dem Bewilligungsinhaber*in und wird üblicherweise individuell mit dem*der Patient*in besprochen.

In der oben erwähnten initialen Arbeit von Stoll (1947) schenkte man der inneren Verfassung der Patient*innen sowie dem äusseren Rahmen, in dem die Behandlung stattfand, noch keine besondere Beachtung. Erst mit den Arbeiten von S. Grof (Grof, 1980) und T. Leary (1964) entstand ein verbreitetes Konzept, das neben der Substanz auch Kontextfaktoren Beachtung schenkte und oft mit der von Leary zuerst beschriebenen und von anderen aufgenommenen Trias „Set, Setting, Substanz“ charakterisiert wird (z.B. Eisner, 1997; Hartogsohn, 2016). Mit „Set“ ist der psychische

Zustand des*der Patient*in gemeint, also motivationale Aspekte, Intentionen, Erwartungen, Ängste, Wünsche, Hoffnungen, Zweifel, allgemein die aktuelle Stimmung, aber auch die Vorerfahrung, Weltanschauung und Werterhaltung. „Setting“ bezieht sich auf den physischen und gesellschaftlich-kulturellen Kontext der Behandlung. So wird heute grösstenteils ein speziell eingerichteter und betreuter Raum empfohlen, um eine psychedelische Behandlung sicher und wirksam durchführen zu können. Auch die ständige Anwesenheit der Therapeut*innen mit ihrer Präsenz und therapeutischen Haltung sind wichtiger Teil des Settings. Erfahrungsgemäss kann es gerade in regressiven Zuständen und auch aus Sicherheitsgründen hilfreich sein, wenn Therapeut*innen beiden Geschlechts begleiten. Bei Gruppentherapien ist die Anwesenheit mehrerer Therapeut*innen notwendig, um sowohl Aufmerksamkeit für die ganze Gruppe, als auch vorübergehend die Betreuung einer*eines einzelnen Patient*in gewährleisten zu können. In Abbildung 2 ist dieser Rahmen stichwortartig beschrieben.

Zuvor müssen allerdings die Voraussetzungen für die Durchführung einer PAT geklärt, insbesondere die Indikationsstellung und die Frage, ob eine tragfähige Beziehungsaufnahme möglich scheint. Ein stützendes soziales Umfeld und vor allem bestehende bedeutsame und nahe Beziehungen können für eine gelingende Integration wesentlich sein. Sollte der*die Lebenspartner*in des*der Patient*in gegenüber PAT eine explizit ängstliche, ablehnende oder gar feindselige Haltung zeigen, kann es für eine*n Patient*in schwierig werden, einer psychedelischen Erfahrung den nötigen Stellenwert im Alltagsleben zu schenken oder die gewonnenen Einsichten in seine*ihre Lebenswirklichkeit einzubinden. Befindet sich die*der Patient*in neben der PAT in einer laufenden Psychotherapie bei einer*einem anderen Behandler*in, sollte auch die Haltung dieser Person gegenüber der PAT offen und nicht ablehnend sein. Eine Klärung der Zusammenarbeit vor, während und nach der PAT ist dringend angeraten und wertvoll.

Setting

- Störungsarmer, angenehm eingerichteter Raum, meist mit der Möglichkeit, Musik zu spielen. Meist kein grelles Licht während der Sitzung, aber eine gute klare Ausleuchtung sollte ebenso herstellbar sein.
- Bewegungsmöglichkeit für Patient*innen, liegen, sitzen und ein paar Schritte Bewegung sollte möglich sein
- Ständige Anwesenheit der*des Therapeut*in

- Co-Therapeut*innen sind wünschenswert bei Einzeltherapie, bei Gruppentherapie notwendig (vorzugsweise des anderen Geschlechts)
- Kenntnis von Notfallinterventionen (auch medikamentös: Blutdruckkrise, Übelkeit, starke Schmerzen) und Vorhandensein der nötigen Ausrüstung
- Überwachungsmöglichkeit der Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Temperatur)
- Kenntnis über die regionalen somatischen und psychiatrischen Notfallstrukturen

Abb. 2. Setting der PAT

Die Mehrheit der Behandlungen erfolgen bis heute im Einzelsetting mit einer, manchmal auch zwei Personen, die den*die Patient*in begleiten. Zunehmend werden Behandlungen im Rahmen der Ausnahmegewilligungen in der Schweiz jedoch auch in Gruppensettings durchgeführt. Dieses hat den Vorteil, dass neben den therapeutischen Begleiter*innen auch noch andere Menschen während der psychedelischen Sitzung anwesend sind, mit denen die psychedelische Erfahrung geteilt werden kann. Vor allem bei den Nachbesprechungen wird von Patient*innen die Anwesenheit von Peers regelmässig als hilfreich erwähnt. Sie können als Vorbild, Modell oder Unterstützung erlebt werden. Für einige Patient*innen kann das Gruppensetting jedoch auch als überfordernd erlebt werden. Ob ein Gruppensetting infrage kommt, wird mit den Patient*innen jeweils im Voraus geklärt.

Für ein möglichst gutes Setting für die PAT wird der Raum, in dem die Behandlung stattfindet, angenehm eingerichtet. Mehrheitlich liegen die Patient*innen während der Substanzwirkung, deshalb wird der Raum mit einer (oder bei Gruppen mehreren) Matratze/n, einem Bett oder Liegesofa eingerichtet. Die Toilette sollte gut und idealerweise ohne Treppe erreichbar sein und im Notfall von aussen geöffnet werden können. Ähnlich wie bei sakralen Räumen schwanken Einrichtungen zwischen den Polen von Nüchternheit und meditativer Einfachheit und einladender Atmosphäre mit Blumen, Kerzen und kultureller oder spiritueller Symbolik. Die Patient*innen allzu suggestiv in eine bestimmte Richtung der Erfahrung zu drängen ist dabei problematisch, ebenso wie die allzu karge, kühle Einrichtung, die es nicht erlaubt, sich innerlich „fallen zu lassen“. Das Licht im Raum wird eher gedämpft, um die Aufmerksamkeit nach innen zu fördern. Einfache ästhetische Elemente wie Blumen oder Bilder an den Wänden ermöglichen auch eine ruhige Hinwendung nach aussen. Lärm von aussen wird wenn möglich reduziert. Falls Musik gespielt wird, dient sie z.B. dem Zweck, die Erfahrung begleitend zu strukturieren, Halt zu geben oder zu zentrieren, möglicherweise die Aufmerksamkeit zu weiten, Erfahrungsräume zu öffnen. Dies trägt der erhöhten allgemeinen Sensitivität der

Patient*innen unter Substanzeinfluss Rechnung. Stille kann dem*der Patient*in dabei helfen, wieder in Kontakt mit sich und dem eigenen inneren Prozess zu kommen. Spezifische Bewusstseinsinhalte oder Affekte durch Musik auslösen zu wollen, kann als unpassend bis manipulativ empfunden werden. Sowohl Stille als auch Musik können auch überfordernd wirken oder unangenehme Zustände auslösen. Da unter dem Einfluss der Psychedelika sensorische Empfindungen allgemein verstärkt wahrgenommen werden können, ist auch auf einen angenehmen Geruch und gute Belüftung im Raum zu achten.

Das Setting und auch die therapeutische Arbeit ist nicht in einem definierten Ritual gestaltet, wie das in schamanischen Ritualen mit Psilocybin oder religiösen Zeremonien mit Ayahuasca (z. B. Santo Daime) praktiziert wird. Jedoch hat durch sich wiederholende Abläufe und speziell dafür hergerichtete Raumeinrichtung die psychedelische Erfahrung auch im westlichen psychotherapeutischen Kontext teilweise eine rituelle oder ritualähnliche Struktur. Jungaberle und Kollegen (2006) haben die protektive Wirkung von Ritualen in verschiedenen – auch psychedelischen – Kontexten untersucht.

Der*die Therapeut*in findet sich in einer im Vergleich zur üblichen psychotherapeutischen Arbeit besonderen Situation. Eine psychedelische Sitzung dauert lange, bei MDMA und Psilocybin etwa 6 bis 8 Stunden, bei LSD 8 bis 10 Stunden. In dieser Zeit gibt es keine regelmässigen Pausen, in denen sich die*der Therapeut*in zurückziehen kann. Andauernde Aufmerksamkeit für den Prozess der*des Patient*in ist erforderlich. Allerdings kann es über längere Phasen sehr still sein, der*die Patient*in liegt ruhig, hält die Augen geschlossen, spricht nicht. Nach der Praxis, die sich etabliert hat, hat der*die Therapeut*in in der Regel über längere Zeiträume keine aktive Aufgabe, ausser in der therapeutischen Grundhaltung mit offener Aufmerksamkeit, Akzeptanz und Empathie still präsent zu sein. Längere Gespräche und häufiges Nachfragen während der Hauptwirkung der Substanz werden vom*von der Patient*in meist eher als Belastung oder Störung des Prozesses empfunden. Manchmal gibt es von den Patient*innen den Wunsch nach einem kurzen oder auch längeren Gespräch. Meistens beschränkt sich die verbale Interaktion während der Substanzhauptwirkung jedoch auf den Austausch weniger Worte. Die Begleitung erfolgt mehr durch die Wahl der Musik und durch nonverbale Intervention, z.B. das Zuwenden oder Näherrücken oder das Halten einer Hand, wenn der*die Patient*in Halt und Vergewisserung sucht, oder auch durch die Grundposition und Ausrichtung im Raum, in welcher der*die Therapeut*in sitzt etc. Gegen Ende der Substanzwirkung folgen dann möglicherweise etwas längere Gespräche, Nachfragen, Klärungen etc. Damit beginnt bereits eine gewisse Integration der aussergewöhnlichen Erfahrung. Die*der Therapeut*in braucht

vertiefte Kenntnisse der Substanzwirkungen und Wissen über die Eigenart und die Inhalte einer psychedelischen Erfahrung und der psychischen Prozesse, die daraus resultieren. Darüber hinaus ist eine auf Wissen und Erfahrung basierende Intuition erforderlich. In der Stille und Innerlichkeit der Prozesse kann nicht jede therapeutische Intervention vorbesprochen werden, weil der*die Patient*in nicht jederzeit dazu in der Lage ist, eine klare auf die Frage bezogene Antwort zu geben. Anhand der Reaktion der*des Patient*in auf eine Intervention kann aber oft entschieden werden, ob die Intervention weitergeführt oder möglichst störungsfrei wieder beendet werden sollte. Da der durch die Substanzwirkung eingeleitete innere Wahrnehmungsprozess oft über längere Zeit ohne äussere Intervention läuft, ist auch der*die Therapeut*in in einer ruhigen, aufmerksamen therapeutischen Haltung anwesend und dabei bereit, jederzeit zu reagieren, wenn erforderlich. Die Unterstützung ist in dem Sinne „bedingungslos“, dass der*die Therapeut*in eine Sitzung – wenn sie erst einmal angelaufen ist – ohne Einschränkung zu Ende begleiten muss. In Notfallsituationen gibt es die Möglichkeit zur Unterbrechung oder Dämpfung mit Ketanserin (das allerdings eine Latenz von etwa einer Stunde hat), Benzodiazepinen oder Neuroleptika. Da die verbale Intervention oft nicht sinnvoll oder sogar ganz unmöglich ist, weil der innere Prozess den*die Patient*in völlig absorbiert, und auch die Substanz selbst dosis-abhängig zu transienten Einschränkungen kognitiver und motorischer Prozesse mit eingeschränkter verbaler Kommunikationsfähigkeit führen kann, braucht es eine Reihe anderer Fertigkeiten oder Möglichkeiten, um den therapeutischen Prozess zu unterstützen und/oder die Sicherheit in der Erfahrung zu gewährleisten (Siehe Abbildung 3). Es kann beispielsweise notwendig sein, die*den Patient*in auf die Toilette zu begleiten, da Orientierungssinn, Balance und motorische Koordination eingeschränkt sein können.

Schliesslich braucht es von Seiten der*des Therapeut*in Kenntnis möglicher therapeutisch herausfordernder oder klinisch-psychiatrischer Notfallsituationen und die nötige Ausrüstung (Notfallmedikamente, Telefonnummern, Pikettabsprachen etc.). Bei somatisch sorgfältig abgeklärten Patient*innen wird es nicht häufiger als in der allgemeinen therapeutischen Praxis zu somatisch kritischen Situationen kommen. Eine basale Kenntnis, Ausrüstung und Checkliste für beispielsweise eine plötzlich auftretende symptomatische Hypertonie, Erbrechen, Kopfschmerzen/Migräne oder einen epileptischen Anfall sollte bereitstehen, wenngleich schwerere Zwischenfälle bis jetzt sehr selten beschrieben wurden. Es kann klinisch schwierig sein, behandlungsbedürftige somatische Beschwerden von psychischen Prozessen mit teils somatischer Ausprägung zu unterscheiden, was eine differentialdiagnostische Herausforderung ist.

Therapeutische Haltung

- Nach aussen und innen aufmerksame, gelassene Unterstützung und Involviert-Sein
- Wissen und Intuition
- Ungerichtete / stille Aufmerksamkeit
- Fähigkeit zum Stillsein / nicht immer aktiv zu intervenieren
- Akzeptanz und Offenheit
- Wertschätzung
- Empathie
- Echtheit / Kongruenz / Integrität
- Humor
- Flexibilität (Bereitschaft das Setting an die Bedürfnisse des*der jeweiligen Patient*in anzupassen)

Therapeutische Werkzeuge

- Übungen zur Selbstwahrnehmung
- Verschiedene Formen der verbalen Intervention oder Interaktion
- Übertragung und Gegenübertragung als diagnostisches Instrument und v.a. Orientierung; auch im Kontext von Nähe, Distanz und Grenzen
- Musik und Stille
- Körpertherapeutische Interventionen
- Notfallinterventionen (pharmakologische und nicht-pharmakologische)

Abb. 3. Aspekte der therapeutischen Begleitung einer PAT

Essen am Tag der Substanzerfahrung: Es empfiehlt sich, dass die Patient*innen ein *leichtes* Frühstück zu sich genommen haben, das nicht auf dem Magen liegt und unter der Substanzwirkung womöglich Übelkeit hervorruft, jedoch Energie für den Tag gibt, sodass Patient*innen während der Erfahrung nicht mit Hunger beschäftigt sind. Während der Hauptwirkung der Substanz wird üblicherweise nicht gegessen. Beim Abklingen der Wirkung gegen Ende werden oft leichte Snacks wie Früchte, Nüsse oder

ähnliches in den Raum gebracht. Je nach Räumlichkeiten und Setting kann danach gemeinsam eine wärmende Suppe o.ä. gegessen werden.

Integration

Der Integration psychedelischer Erfahrungen wurde erst in den letzten Jahren grosse Beachtung geschenkt und zum Teil wird in eigens geschaffenen Seminaren entsprechendes Wissen vermittelt. Im Wesentlichen geht es darum, sich eine psychedelische Erfahrung durch vertieftes Verstehen und den Transfer in den persönlichen Alltag nutzbar zu machen. Gerade schwierige Erfahrungen (in der Umgangssprache bisweilen als „bad trips“ bezeichnet), nicht abgeschlossene emotionale Prozesse, Verstärkung von Ängsten, Verzweiflung, Frustration, intensive Trauer, Wut oder ähnlichem brauchen eine therapeutische Arbeit zu deren Verständnis und Einordnung. Integration kann auch als Veränderungsprozess über die Zeit verstanden werden, der bisweilen unbewusst ablaufen kann. Integrations- und Verarbeitungsprozesse beginnen schon während der psychedelischen Erfahrung, wenn gegen Ende der akuten Wirkung das rationale, analytische und einordnende Denken gegenüber dem vorher überwiegenden assoziativen, kreativen und intuitiven Denken wieder in den Vordergrund tritt. Die Patient*innen beginnen zu rekapitulieren und reflektieren, was sie erlebt haben. Unter Umständen ergeben sich auch vermehrt kurze oder längere Gespräche mit den Therapeut*innen oder mit den anderen Teilnehmer*innen einer Gruppe.

Dieser Prozess kann zumindest zu einem Teil durch die begleitende Psychotherapie und verschiedene zentrierende und beruhigende Methoden wie z.B. Meditation, Zeit in der Natur oder jegliche kreative Prozesse (wie bspw. Malen, „Journaling“, Musizieren) unterstützt und auch bewusst gemacht werden. Auch können die Patient*innen angehalten werden, eine tagebuchartige, deskriptive Zusammenfassung zeitnah nach der psychedelischen Erfahrung zu schreiben, die in der Therapie besprochen werden kann.

Themen der Integration

- „Das Sammeln der Perlen“
- Das Numinose und Unaussprechliche ausdrücken, symbolisieren oder verbalisieren
- Biografisches Verständnis

- Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen: Anerkennen der Tatsachen, Validieren des eigenen Erlebens und der damaligen Reaktionen, Erkennen der Auswirkungen der Traumatisierung auf die seither arretierte oder fehlgeleitete psychische Entwicklung
- Akzeptieren schwieriger Lebensumstände
- Besprechen von existentiellen Themen (Sinn, Leiden, Krankheit, Tod)
- Überdenken von Wertvorstellungen und Lebenshaltungen
- Erleichterung eines Perspektivenwechsels oder eine Erweiterung des Verständniskontextes, in dem sich die Problematik abspielt
- Ressourcen identifizieren, aktivieren und pflegen
- Erkenntnisse umsetzen
- Beziehungen und soziales Leben verstehen und allenfalls neu gestalten
- Mit sich selbst verbunden sein und bleiben
- Körperschema und Körperbild vervollständigen und normalisieren

Abb. 4. Themen der Integration nach der psychedelischen Erfahrung

Abbildung 4 listet häufige in Integrationssitzungen genannte Themen auf. Nach einer langen Erfahrung im eigenen Inneren, die weitgehend ohne Worte, je nachdem auch ohne konkrete Gedanken abgelaufen ist, kommt der Versprachlichung und kognitiven Erfassung, der Rekapitulation und Einordnung des Erlebten besondere Bedeutung zu. Mit „Sammeln der Perlen“ ist die Beachtung wichtiger Momente während der Substanzerfahrung gemeint. Gerade bei depressiven Patient*innen sind Momente der Freude, des Glücks, der Einheit wichtige Erfahrungsschätze, die daran erinnern, dass so etwas im eigenen Inneren noch erlebt werden kann. Deren Nichtverfügbarkeit im übrigen Alltag kann eine ebenso schmerzliche, wie therapeutisch wertvolle Problemaktualisierung freisetzen.

Erfahrungen können auch numinos (Erfahrungen des Absoluten, Göttlichen) und gleichzeitig subsymbolisch und averbal sein. Wie bei allen mystischen Erfahrungen müssen erst Worte und Sprache gefunden werden, um annäherungsweise sich und/oder anderen etwas von dem zu erzählen, was erlebt wurde. Manchmal geht es bei der Integration auch um ein vertieftes biografisches Verständnis oder das Wiedererleben einer traumatisierenden Situation, deren abgespaltene Bedeutung durch das Aussprechen eine fassbarere, vollständigere Gestalt bekommt. Das Ziel der

Integration ist, das Erlebte in den normalen Alltag zu übertragen und damit vielleicht auch eine erwünschte Veränderung zu erfahren.

Sicherheit, schwierige und Notfallsituationen

Die Sicherheit betrifft einerseits die Anwendungssicherheit der Substanzen selbst. Die Substanzen, die in der Schweiz für die PAT zur Verfügung stehen, werden von der Abteilung für klinische Pharmakologie des Universitätsspitals Basel in Zusammenarbeit mit einem GMP (Good Manufacturing Practice) Produzenten bereitgestellt und den nötigen Qualitätsprüfungen unterzogen. Sie entsprechen weitestgehend unter GMP-Bedingungen hergestellten Medikamenten.

Andererseits bedeutet Sicherheit auch Verlässlichkeit, Tragfähigkeit und Kompetenz in der therapeutischen Beziehung, Vertrauen in die Integrität der*des Therapeut*in, Respekt und Wertschätzung vonseiten der*des Therapeut*in, mit dem Wissen um die Möglichkeit, Konflikte und Unklarheiten besprechen zu können. Die*der Therapeut*in bietet sich auch als Projektionsfläche von Übertragungen an, ist in der Lage diese einzuordnen und anzunehmen und Gegenübertragungen zu erkennen, ohne diese auszuagieren.

Für herausfordernde therapeutische Situationen, wie etwa grössere Unruhe, schwierige Gefühle, Orientierungslosigkeit oder Ohnmacht muss sich die*der Therapeut*in jederzeit bereithalten. Ebenso muss die*der Therapeut*in ausgebildet und mental vorbereitet sein für Notfallsituationen wie akute Suizidalität, schwere länger andauernde Ängste, impulsive oder anhaltende Aggressivität, oder Impulse, das Behandlungssetting zu verlassen.

Arzneimittelinformationen

Die Anwendung der Substanzen durch die*den Bewilligungsinhaber*in (Ärzt*in) erfolgt analog der rechtlichen Auflagen für eine Anwendung rezeptpflichtiger Medikamente durch eine*n Ärzt*in. Aus betäubungsrechtlichen Gründen können die Substanzen den Patient*innen nicht mit-/abgegeben werden, sondern werden direkt unter Aufsicht verabreicht/angewendet. Die Indikationen und Kontraindikationen der Behandlung müssen vorgängig überprüft werden und die Patient*innen müssen über die Wirkung inkl. unerwünschte Wirkungen aufgeklärt werden. Interaktionen mit der bestehenden Medikation sind zu beachten und allenfalls muss die bestehende Medikation teilweise kurz pausiert werden. Die Substanzen verfügen aktuell nicht über eine zugelassene publizierte

Arzneimittelinformation als legale Basis für die Indikationsstellung. Zu den wichtigsten pharmakologischen Aspekten liegen aber publizierte Studiendaten vor. Der*die Behandler*in hat diese Evidenz analog einer Anwendung eines Medikamentes im *off-label* Bereich zu beachten. Zudem gibt es Empfehlungen zu Interaktionen (Klinische Pharmakologie, Universitätsspital Basel). Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Prof. M. E. Liechti (matthias.liechti@usb.ch) oder Dr. med. Y. Schmid (yasmin.schmid@usb.ch).

Ethik, Qualitätssicherung, Supervision und Intervention

Grundsätzlich gelten sämtliche ethische Richtlinien der Medizin und Psychotherapie auch für die PAT. Dazu gehört auch eine differenzierte Diskussion medizinethischer Fragestellungen (Wahrung der Autonomie, Pflichten der Fürsorge der Gesundheitsfachpersonen, Abwägung von Risiken und Nutzen, Spezifika der Aufklärung etc.) unter Berücksichtigung der spezifischen Umstände einer PAT, z. B. im Rahmen der Inter- und Supervision. Teil eines ethischen Vorgehens sind der Einbezug der Patient*innen in die Behandlungsplanung und die ausführliche Information der Patient*innen. Entsprechend ist für die PAT eine Einverständniserklärung (Informed Consent) des*der Patient*in erforderlich.

Ethik

In den letzten Jahren sind weltweit durch mehrere Patient*innen körperliche und psychische Übergriffe während PAT-Sitzungen publik gemacht und zum Teil auch in grosser Öffentlichkeit auf Kongressen und in sozialen Medien diskutiert worden. Therapeutische Grenzverletzungen sind von erheblicher negativer Auswirkung und Tragweite und können sich traumatisierend auf – oftmals schon durch Traumata vorbelastete – Menschen auswirken. In der Standesordnung der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und analog der FSP und ASP (Verbände der Psychotherapeut*innen) ist klar aufgeführt, dass ein sich aus der ärztlichen respektive psychotherapeutischen Tätigkeit ergebendes Abhängigkeitsverhältnis nicht missbraucht werden darf (FMH, 2023). Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) führt weiter aus, dass Missbrauch dort beginnt, wo Ärzt*innen *„ihre persönlichen, sexuellen, wirtschaftlichen, sozialen oder sonstigen eigenen Interessen befriedigen. Es sind die Psychiater*innen, welche für die Einhaltung der fachlichen Grenze verantwortlich sind, selbst wenn Patient*innen z. B. sexuelle*

Kontakte wünschen sollten“. Diese Vorgaben gelten auch in der PAT. Die besondere Vulnerabilität im bewusstseinsveränderten Zustand bedingt im Vergleich zur Therapie im Alltagsbewusstsein besondere Sensibilisierung.

Für schwerwiegende Fehler, Kunstfehler, therapeutische Übergriffe, aber auch nicht therapeutisch zu klärende ungerechtfertigte Anschuldigungen durch Patient*innen gibt es Schlichtungsmöglichkeiten (Ombudsstelle). Eine PAT-spezifische Ombudsstelle wird Anfang 2024 auf der Website saept.ch zugänglich gemacht. Übergriffe können mit einem Ausschluss aus der Fachgesellschaft und dem Entzug der Berufsausübungsbewilligung durch die Behörden geahndet werden. Überdies gibt es die Möglichkeit straf- und zivilrechtlicher Klageprozeduren. Es ist unsere Aufgabe, die Patient*innen darauf hinzuweisen, wie auch den Kolleg*innen hier beratend zur Seite zu stehen. Der Prävention solcher Vorkommnisse ist höchste Priorität in der Weiter- und Fortbildung von PAT-Therapeut*innen zu geben.

Die Aufarbeitung und breite Diskussion bereits geschehener Übergriffe ist für Therapeut*innen von grosser Wichtigkeit für die eigene Arbeit. Neben dem Gespräch mit Opfern und Täter*innen sollte in therapeutischen Qualitätsveranstaltungen wie Intervision und Supervision versucht werden, die Dynamiken und Begleitumstände solcher Übergriffe und therapeutischen Integritätsverletzungen zu verstehen, um das Risiko solcher Geschehnisse weiter zu reduzieren. Eine aufrichtige Fehlerkultur ist unerlässlich.

Existenzielle Vulnerabilität, Identitätskrisen und dergleichen können Vorbedingungen für therapeutische Übergriffe darstellen. Aufklärung und Dialog soll *alle* mit PAT befassten Therapeut*innen sensibilisieren (Dickeson et al., 2020).

Qualitätssicherung, Supervision und Intervision

Ethische Aspekte sind sehr oft Dilemmata und Fragen der Wertehierarchie, für die es nicht eine klare Richtig oder Falsch-Antwort gibt. Eine regelmässige Selbstreflexion in peergeleiteten Intervisionsgruppen oder in Supervision bei erfahrenen Kolleg*innen ist eine sehr wirksame Möglichkeit, eine gute therapeutische Qualität zu gewährleisten. Die kontinuierliche Besprechung eigener oder fremder therapeutischer Prozesse, seien sie erfolgreich oder problematisch, dienen der beruflichen Fortbildung und Weiterentwicklung der therapeutischen Kompetenz. Gerade aber auch bei Fehlern, therapeutischer Verunsicherung, eigenem Unverständnis oder Unvermögen ist es hilfreich, mit der Supervision einen Ort zu haben, wo diese Sackgassen eine Perspektive finden

können. Eine offene Fehlerkultur ist dafür unerlässlich. Ebenso zeigt sich, dass das transparente Arbeiten in Teams die Risiken für Grenzüberschreitungen im Vergleich zur Verantwortungsübernahme durch einzelne minimieren kann. Durch die Fachgesellschaften sollte ein regelmässiger kollegialer Austausch und Vernetzung angeregt werden, zudem finden Fortbildungen und Tagungen zu praxisrelevanten Themen statt.

Selbstfürsorge

PAT-Sitzungen dauern lange und die Begleitung psychedelischer Erfahrungen kann sowohl psychologisch als auch physiologisch herausfordernd sein. Therapeut*innen sind teilweise stark in die psychischen Prozesse der Patient*innen involviert. Daher kommt der Selbstfürsorge entscheidende Bedeutung zu. Diese umfasst einerseits den regelmässigen Austausch mit Kolleg*innen und Supervisor*innen im Rahmen von Inter- und Supervision, die eigene Psychotherapie oder Lehranalyse, aber auch das Bewusstsein und Setzen eigener Grenzen sowie entspannende und regenerative Praktiken wie Meditation, Sport oder Yoga. Während der PAT-Sitzungen achten Therapeut*innen darauf, eine bequeme Position einzunehmen, die ein entspanntes Begleiten der Patient*innen ermöglicht. Dies ist gerade für die teilweise langen äusserlich ruhigen Phasen wichtig, während derer die Therapeut*innen keine aktive Aufgabe haben, jedoch dennoch Präsenz und Aufmerksamkeit gefordert sind. Die Selbstfürsorge ist entsprechend wichtig für eine nachhaltige körperliche und psychische Gesundheit der*des Therapeut*in. Sie hat dadurch aber auch einen direkten Einfluss auf die Behandlung, zumal Therapeut*innen so besser in der Lage sind, die Präsenz, Sicherheit und Unterstützung zu bieten, die für die Begleitung der Patient*innen benötigt sind. Die Selbstfürsorge ist somit nicht nur für die Therapeut*innen selbst, sondern auch für die Behandlung und das Wohlergehen der Patient*innen von entscheidender Bedeutung.

Patientenregister und Fragebogen zur Qualitätssicherung

Die Bewilligungsinhaber*innen werden dazu angehalten, begleitende Qualitätssicherungsmassnahmen zu Sicherheit und Wirksamkeit durchzuführen, koordiniert durch das Universitätsspital Basel (Schmid et al., 2021). Die PAT Behandlungen sollen im Sinne einer Qualitätskontrolle, aber auch im Hinblick auf eine zukünftige Gesamtauswertung durch die Therapeut*innen mit einem Set von Fragebögen dokumentiert werden. Alle Behandler*innen sind angehalten an der Qualitätssicherung teilzunehmen. Die Fragebögen können hier heruntergeladen werden (saept.ch/begrenzte-medizinische-anwendung/). Ebenso liegt eine Instruktion bei, zu welchem Zeitpunkt welcher Fragebogen angewandt werden soll. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Dr. med. Y. Schmid, Universitätsspital Basel (yasmin.schmid@usb.ch).

Bei neuen Anwendungen und speziellen Indikation können die Bewilligungen an Bedingungen geknüpft sein wie beispielsweise die Aufnahme in Patienten-Register oder Indikations-spezifische Outcome-Analysen (z.B. LSD Microdosing bei ADHS).

Ausblick

Die Psychedelika-assistierte Therapie ist nach einer ersten Zeit intensiver Anwendung und Erforschung in den 1950er bis in die frühen 1970er Jahre und einer bedingt durch das weltweite Verbot danach folgenden „Eiszeit“ (oder Zeit im psychedelischen Untergrund) seit den 2000er Jahren erneut in den Fokus einer erhöhten Aufmerksamkeit geraten. Das Interesse für Psychedelika hat zumindest in der westlichen Welt eine breite Öffentlichkeit erreicht mit viel zu oft überzogenen „Heilserwartungen“, was deren Potenzial betrifft.

Nichtsdestotrotz gibt es eine stetig wachsende Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten, die die Möglichkeiten und die Risiken der PAT untersuchen. Vieles ist im Fluss und noch ist es nicht sicher, ob es eine der psychedelischen Substanzen bis zur Zulassung als Medikament schafft und damit eine breite Anwendung zur Behandlung psychischer Störungen möglich wird.

Damit wäre allerdings erst ein Meilenstein geschafft. Dabei sollen die laufenden Auseinandersetzungen, beispielsweise bezüglich der Ausgestaltung dieser Therapieform oder auch medizinethischen Grundprinzipien (Respekt vor der Autonomie des*der Patient*in, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit) weiter beachtet werden. Zudem müssen weitere Fragen beantwortet und Probleme gelöst werden:

- Wie kann eine ausreichende Zahl von Therapeut*innen ausgebildet werden und eine gute Behandlungsqualität langfristig angestrebt werden? Sowohl die zahlreichen Nachfragen an Therapieplätze, als auch an Weiterbildungsmöglichkeiten zeigen, dass das Interesse sowohl der Patient*innen als auch der Therapeut*innen an diesem Ansatz in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist und die Angebote der Nachfrage hinterherhinken. Es ist daher eine Aufgabe, Weiterbildungsmöglichkeiten in guter Qualität zu schaffen.
- Wie kann die neue Behandlung für die Bevölkerung erschwinglich und nicht nur Wohlhabenden vorbehalten sein? Wie können die Therapeut*innen eine angemessene Entschädigung für ihre zeitlich aufwändige Arbeit erhalten? Die PAT ist im heutigen Tarifsystem nicht abgebildet. Eine reguläre und aufwandgerechte Finanzierung der PAT ist erforderlich, lösungsorientierte Verhandlungen mit den Krankenversicherern müssen geführt werden.
- Wie nachhaltig wirkt die PAT und unter welchen Umständen? Langzeitnutzen und -risiken von PAT-Behandlungen sollen evaluiert werden.

Diese und viele weitere relevante Fragen müssen gestellt und diskutiert werden. Ihre Beantwortung bedeutet kontinuierliche Prozessarbeit und so sehen wir auch dieses Dokument als eine Momentaufnahme, dessen Weiterentwicklung wir als fortlaufende Aufgabe sehen und zu der wir einladen.

Leitlinien-Empfehlungen

Allgemeines

Einhaltung der Gesetze und Regularien: Die Anwendung von Psychedelika in der therapeutischen Praxis entspricht den geltenden gesetzlichen Bestimmungen und ethischen Richtlinien.

1. Beschränkte medizinische Anwendung: Die Verwendung von Psychedelika im Rahmen der Ausnahmegewilligungen ist auf schwere Erkrankungen beschränkt und erfolgt unter medizinischer Aufsicht.
2. Verwendung des Akronyms PAT: Zur besseren internationalen Verständigung und Klarheit wird der Begriff „Psychedelika-assistierte Therapie (PAT)“ in der schweizerischen Praxis genutzt, um sowohl die Verwendung innerhalb einer psychotherapeutischen Behandlung als auch ausserhalb davon zu umfassen.
3. Fortbildung und Qualifikation: Therapeut*innen, die Psychedelika-assistierte Therapie durchführen, bilden sich entsprechend fort, um sicherzustellen, dass die Behandlung professionell und sicher durchgeführt wird.
4. Transparenz und Dokumentation: Alle Behandlungen und ihre Ergebnisse werden dokumentiert, um den Fortschritt zu verfolgen, Risiken zu erfassen und wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen, die zur Verbesserung der Therapie beitragen können.

Verantwortlichkeiten

5. Verantwortliche Person: Die Person, die für die Behandlung verantwortlich ist, ist klar definiert und trägt die Letztverantwortung. In Studien ist dies in der Regel der*die Studienleiter*in, in ärztlich geleiteten Institutionen die*der ärztliche Bewilligungsinhaber*in (übergeordnet die Klinikleitung) und in privaten Praxen der*die ärztliche Bewilligungsinhaber*in.
6. Berufliche Qualifikation: Da es sich bei den Psychedelika um Betäubungsmittel handelt, erfolgt die Verschreibung und Behandlung durch eine*n Ärzt*in mit Berufsausübungsbewilligung und in den meisten Fällen einem Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie. Für spezifische Indikationen sind auch Ärzt*innen anderer Fachrichtungen qualifiziert.

7. Delegation von Aufgaben: Teile der Behandlung können an qualifiziertes Personal delegiert werden, einschließlich Studienmitarbeiter*innen, nicht-ärztliche Psychotherapeut*innen oder speziell geschultes Pflegepersonal.

Indikation und Kontraindikation

8. Ausnahmebehandlung: Die PAT wird in Betracht gezogen, wenn bereits erfolglose oder zu wenig wirksame psychiatrische, psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungen durchlaufen wurden.
9. Primäre Indikationen: Die PAT wird hauptsächlich angewendet bei Depression, Angst und PTBS, für die am meisten Evidenz (Klinische Studien Phase 2 und 3) vorliegt.
10. Weitere Indikationen: Ausnahmegewilligungen sind nicht auf spezifische Diagnosen beschränkt, sondern können in bestimmten Fällen auch für weniger erforschte und schwierig zu behandelnde Indikationen wie z.B. Suchterkrankungen, Zwangsstörungen, Essstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen beantragt werden, sofern die mögliche Wirksamkeit für die betreffende Indikation überzeugend dargelegt wird. Dies sollte durch geeignete Begleitforschung evaluiert werden.
11. Psychose-Risiko und psychotische Störungen: Personen mit Psychose-Risiko oder einer Anamnese von schizophren-psychotischen oder bipolaren Episoden, insbesondere bipolar I sollten bis zur wissenschaftlichen Klärung des Risikos keiner PAT zugewiesen werden.
12. Adoleszenz: Besondere Vorsicht ist bei adolescenten Patient*innen geboten, deren kognitive Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist.
13. Berücksichtigung der Bindungsfähigkeit: Personen mit unsicherer und stark schwankender Bindungsfähigkeit erfordern erhöhte Vorsicht.
14. Beizug von entsprechenden Fachärzt*innen bei schweren körperlichen Erkrankungen: Bei Vorliegen schwerer körperlicher Erkrankungen oder unklarer somatischer Ausgangslage ist es ratsam, eine*n entsprechende*n Fachärzt*in hinzuzuziehen.

Therapeutischer Prozess: Allgemein

15. Langfristiger therapeutischer Prozess: Die Psychedelika-assistierte Therapie (PAT) sollte als Teil eines längeren psychotherapeutischen Prozesses betrachtet werden, der über die einmalige Verabreichung von Psychedelika hinausgeht.
16. Integration in bestehende Therapie: Die PAT soll in bestehende psychotherapeutische Rahmen integriert werden.
17. Vorbereitung, Substanzerfahrung und Nachbetreuung: Die PAT erfordert eine gründliche Vorbereitungsphase, gefolgt von der eigentlichen psychedelischen Erfahrung und anschließender Nachbetreuung.
18. Therapieziele vereinbaren: Die Festlegung konkreter Therapieziele in Absprache mit den Patient*innen ist von wichtiger Bedeutung. Diese Ziele können die Symptomreduktion, die Steigerung der Lebensqualität, die Akzeptanz der persönlichen Situation oder die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit u.a.m. umfassen.
19. Ethische Abwägung: Bei der therapeutischen Anwendung außerhalb von Studien sollte der potenzielle Schaden durch den fortschreitenden Krankheitsverlauf, der konventionell nicht ausreichend beeinflusst werden kann, besonders berücksichtigt werden.

Therapeutischer Prozess: Vorbereitung

20. Indikation und Kontraindikation: es erfolgt eine gründliche Abklärung der Indikation und psychischen, sowie somatischen Kontraindikationen.
21. Einverständniserklärung: Es wird ein umfassender *Informed-Consent-Prozess* durchgeführt, bei dem die Wirkung und die möglichen Folgen der Behandlung offen und verständlich erläutert werden.
22. Soziales Umfeld: Besprechung der aktuellen familiären und partnerschaftlichen Situation, sowie möglicher Auswirkungen der Behandlung auf zwischenmenschliche Beziehungen.
23. Vermittlung von Fachwissen: Set, Setting, Substanz, Dosierung und Ablauf der psychedelischen Sitzung werden erklärt.
24. Einzel- oder Gruppensetting: Eventuelle Klärung, ob die Substanzerfahrung im Einzel- oder Gruppensetting stattfinden soll.

25. Vorübergehender Autonomieverlust: Offene Kommunikation über den möglichen vorübergehenden Verlust an körperlicher oder psychisch-mentaler Autonomie während der Behandlung und die damit möglicherweise verbundenen Schwierigkeiten.
26. Set: Aktive Auseinandersetzung mit den Erwartungen, Zweifeln, Wünschen, Hoffnungen und Ängsten der Patient*innen.
27. Anhaltende Verschlechterung: Benennung der Möglichkeit von mitunter anhaltender Verschlechterung des Befindens und der Symptomatik durch die PAT, sowie die Möglichkeit, frustriert und ohne bedeutsame Erfahrungen oder Erkenntnisse aus der Behandlung hervorzugehen.

Therapeutischer Prozess: Substanzsitzung, Set und Setting

28. Raumausstattung: Der Raum für die Sitzung ist gut ausgestattet und angenehm eingerichtet.
29. Bewegungsmöglichkeiten: Im Raum ist es möglich, den Platz zu wechseln (liegen oder sitzen) und sich in kleinem Umfang zu bewegen.
30. Überwachung: Die Vitalparameter der Patient*innen können überwacht werden.
31. Notfallmassnahmen: Die Therapeut*innen sind mit Notfallinterventionen und diesbezüglichen medikamentösen Massnahmen vertraut.
32. Hospitalisation: Die Kenntnis über regionale Notfallstrukturen, sowohl somatisch als auch psychiatrisch, ist vorhanden.

Therapeutischer Prozess: Integration

33. Integration: Die Integration zielt darauf ab, dass Patient*innen ihre psychedelischen Erfahrungen durch tiefes Verständnis bereichern und die gewonnenen Erkenntnisse in ihren persönlichen Alltag übertragen.
34. Schwierige Erfahrungen: Schwierigen Erfahrungen wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet.
35. Förderung der Selbstreflexion: Der Prozess der Rekapitulation und Reflexion wird durch vorbereitende und nachbearbeitende psychotherapeutische Interventionen gefördert.

Therapeutische Weiterbildung

36. Psychotherapeutische Weiterbildung: Da Psychedelika-assistierte Therapie (PAT) eine psychotherapeutische Methode ist, ist eine umfassende Weiterbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren unerlässlich. Dies umfasst die Entwicklung einer therapeutischen Identität, therapeutische Techniken, das Verständnis der therapeutischen Beziehung und die Fähigkeit zur Selbstreflexion.
37. Verständnis von Psychedelika: Therapeut*innen haben ein tiefgehendes Verständnis der psychologischen Prozesse und besonderen Herausforderungen, die mit dem einzigartigen Erleben im Rahmen der PAT einhergehen, und zusätzliches Wissen über psychedelische Substanzen, Vorbereitung und Integration.
38. Qualifizierte Weiterbildung: Die Weiterbildung in der PAT ist umfassend und qualifiziert. Qualitätskriterien und Zertifizierungen von anerkannten Institutionen sind notwendig, um die Qualität sicherzustellen.
39. Transparenz und Zugänglichkeit: Informationen über Fortbildungsangebote und Fachstellen sind für jede*n zugänglich und transparent.
40. Qualitätsstandards und Zulassungskriterien: Allgemeine Qualitätsstandards und Zulassungskriterien werden festgelegt, um verschiedene Anbieter*innen auf der Grundlage objektiver Kriterien zu bewerten.
41. Zusammenarbeit und Partnerschaften: Gemeinsame Fortbildungsprogramme und Fachstellen werden gefördert, um Ressourcen effizienter zu nutzen.
42. Feedback und Evaluierung: Die Evaluierung von Fortbildungsangeboten wird standardmäßig von den Teilnehmer*innen erhoben, um die Fortbildungsangebote an die Bedürfnisse der Lernenden anzupassen.
43. Konzeptionelle Grundlage: Institutionen haben eine klare konzeptionelle Grundlage für die Durchführung der Therapie, sowie Kontakt mit vor- und nachbehandelnden Instanzen.
44. Austausch und Qualitätssicherung: Institutionen sind in einen regelmäßigen Austausch mit anderen Anbieter*innen einer PAT zur Methodenentwicklung und Qualitätssicherung eingebunden.

45. Selbsterfahrung für Therapeut*innen: Geeignete wissenschaftliche Untersuchungen werden durchgeführt, um die Relevanz von Selbsterfahrungen mit psychedelischen Substanzen für die therapeutische Ausbildung und die Auswirkungen auf die therapeutische Haltung zu bewerten.
46. Teilnahme an spezifischen wissenschaftlichen Projekten: Therapeut*innen werden, soweit möglich, für die Teilnahme an solchen Projekten gewonnen.

Ethik, Qualität und Sicherheit

47. Einhaltung der Qualitätsstandards: Die verwendeten Substanzen in der PAT entsprechen möglichst weitgehend den GMP-Standards und werden unter Qualitätskontrolle bereitgestellt.
48. Sicherheit in der Anwendung: Die Anwendung der Substanzen erfolgt unter sicheren und kontrollierten Bedingungen.
49. Therapeutische Übergriffe: Der Prävention von Übergriffen kommt höchste Priorität in der Aus- und Weiterbildung von PAT-Therapeut*innen zu.
50. Die Diskussion um das Risiko therapeutischer Übergriffe ist fester Bestandteil therapeutischer Qualitätsveranstaltungen wie Intervision und Supervision.
51. Offener Dialog: Patient*innen haben die Möglichkeit, Konflikte und Unklarheiten in der therapeutischen Beziehung offen zu besprechen.
52. Ombudsstelle: Bei nicht in der Therapie klärbaren Konflikten kann eine Schlichtungsstelle, ab 2024 auf der Website der SÄPT abrufbar (saept.ch), angerufen werden.
53. Klagemöglichkeiten: bei vermuteten schweren therapeutischen Vergehen und unprofessionellen Vorkommnissen, können die ärztliche Standeskommission angerufen und/oder zivil- oder strafrechtliche Prozesse in Gang gebracht werden.
54. Notfallvorbereitung: Therapeut*innen sind für Notfallsituationen, wie akute Suizidalität, schwere Ängste, Aggressivität oder Impulse, das Behandlungssetting zu verlassen, ausgebildet.

55. Kontinuierliche Überwachung und Begleitung: Die Therapie wird kontinuierlich überwacht und begleitet. Während der akuten Substanzwirkung ist die ständige Anwesenheit der*des Therapeut*in oder der Begleitperson erforderlich.
56. Supervision und Intervision: Therapeut*innen bilden sich kontinuierlich in Intervision und Supervision fort.

Referenzen

- Aicher, H., & Gasser, P. (accepted). Weiterbildung Psychedelika-assistierte Therapie – Erfahrungen aus der Schweiz. *Springer: Die Psychotherapie*.
- APPA. (2023). *Professional Practice Guidelines For Psychedelic-Assisted Therapy*. American Psychedelic Practitioners Association and BrainFutures.
- Beringer, K. (1927). Die Versuche an der Heidelberger Klinik. In K. Beringer (Ed.), *Der Meskalinrausch: Seine Geschichte und Erscheinungsweise* (pp. 31–118). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-11451-3_5
- Bogenschutz, M. P., Ross, S., Bhatt, S., Baron, T., Forchimes, A. A., Laska, E., Mennenga, S. E., O'Donnell, K., Owens, L. T., Podrebarac, S., Rotrosen, J., Tonigan, J. S., & Worth, L. (2022). Percentage of Heavy Drinking Days Following Psilocybin-Assisted Psychotherapy vs Placebo in the Treatment of Adult Patients With Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(10), 953–962. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2096>
- Bundesrat. (2018). *Cannabis für Schwerkranke – Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion 14.4164, Kessler, 11.12.2014*. Bundesrat. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20144164>
- Calder, A., & Hasler, G. (2023). Extrapharmacological Safety Topics in Psychedelic-Assisted Psychotherapy. *JAMA Psychiatry*, 80(8), 761.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1031>
- Dickeson, E., Roberts, R., & Smout, M. F. (2020). Predicting boundary violation propensity among mental health professionals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 814–825.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2465>
- Eisner, B. (1997). Set, setting, and matrix. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2), 213–216.
<https://doi.org/10.1080/02791072.1997.10400190>

- Emmerich, N., & Humphries, B. (2023). Is the Requirement for First-Person Experience of Psychedelic Drugs a Justified Component of a Psychedelic Therapist's Training? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0963180123000099>
- FDA. (2023, June 23). *FDA Issues First Draft Guidance on Clinical Trials with Psychedelic Drugs – Agency Recommendations Aim to Inform Psychedelic Drug Development*. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-issues-first-draft-guidance-clinical-trials-psychedelic-drugs>
- FMH. (2023). *Standesordnung der FMH*. <https://www.fmh.ch/files/pdf7/standesordnung-fmh.pdf>
- Gasser, P. (1996). Die psycholytische Therapie in der Schweiz von 1988-1993. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 147, 59–65.
- Gasser, P. (2012). *LSD-assisted psychotherapy in persons suffering from anxiety associated with advanced-stage life threatening diseases. A phase-II, double-blind, placebo-controlled dose-response pilot study (study protocol)*. 2012(8/2/2012).
- Gasser, P., Holstein, D., Michel, Y., Doblin, R., Yazar-Klosinski, B., Passie, T., & Brenneisen, R. (2014). Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. *J Nerv Ment Dis*, 202(7), 513–520. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000113>
- George, D. R., Hanson, R., Wilkinson, D., & Garcia-Romeu, A. (2021). *Ancient Roots of Today's Emerging Renaissance in Psychedelic Medicine*. Springer. <https://doi.org/10.1007/s11013-021-09749-y>
- Goodwin, G. M., Aaronson, S. T., Alvarez, O., Arden, P. C., Baker, A., Bennett, J. C., Bird, C., Blom, R. E., Brennan, C., Bruschi, D., Burke, L., Campbell-Coker, K., Carhart-Harris, R., Cattell, J., Daniel, A., DeBattista, C., Dunlop, B. W., Eisen, K., Feifel, D., ... Malievskaia, E. (2022). Single-Dose

Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression. *New England Journal of Medicine*, 387(18), 1637–1648. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206443>

Goodwin, G. M., Malievskaia, E., Fonzo, G. A., & Nemeroff, C. B. (2023). Must Psilocybin Always “Assist Psychotherapy”? *American Journal of Psychiatry*, appi.ajp.20221043. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20221043>

Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Hogrefe & Huber.

Grieco, S. F., Castrén, E., Knudsen, G. M., Kwan, A. C., Olson, D. E., Zuo, Y., Holmes, T. C., & Xu, X. (2022). Psychedelics and Neural Plasticity: Therapeutic Implications. *The Journal of Neuroscience*, 42(45), 8439–8449. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1121-22.2022>

Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Carducci, M. A., Umbricht, A., Richards, W. A., Richards, B. D., Cosimano, M. P., & Klinedinst, M. A. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12). <https://doi.org/10.1177/0269881116675513>

Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*, 187(3), 268–283. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0457-5>

Grinspoon, L., & Doblin, R. (2001). *Psychedelics as Catalysts of Insight-Oriented Psychotherapy*. 68, 677–695.

Grof, S. (1980). *LSD Psychotherapy* (1st ed.). Hunter House.

Grof, S., Hofmann, A., & Weil, A. (2001). *LSD Psychotherapy: The Healing Potential of Psychedelic Medicine*. MAPS.

- Gründer, G., Brand, M., Mertens, L. J., Jungaberle, H., Kärtner, L., Scharf, D. J., Spangemacher, M., & Wolff, M. (2023). Treatment with psychedelics is psychotherapy: Beyond reductionism. *The Lancet Psychiatry*, S2215036623003632. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00363-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00363-2)
- Gu, J., Baer, R. A., Cavanagh, K., Kuyken, W., Strauss, C., Zeifman, R. J., Palhano-Fontes, F., Hallak, J. E. C., Arcoverde, E., Maia-Oliveira, J. P., Araujo, D. B., Reangsing, C., Rittiwong, T., Schneider, J. K., Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., ... Abramowitz, E. G. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Journal of Psychopharmacology*, 9(1), 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01336-3>
- Hartogsohn, I. (2016). *Set and setting, psychedelics and the placebo response: An extra-pharmacological perspective on psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1177/0269881116677852>
- Holze, F., Gasser, P., Müller, F., Dolder, P. C., & Liechti, M. E. (2023). Lysergic Acid Diethylamide–Assisted Therapy in Patients With Anxiety With and Without a Life-Threatening Illness: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase II Study. *Biological Psychiatry*, 93(3), 215–223. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2022.08.025>
- Hysek, C. M., & Liechti, M. E. (2012). Effects of MDMA alone and after pretreatment with reboxetine, duloxetine, clonidine, carvedilol, and doxazosin on pupillary light reflex. *Psychopharmacology*, 224(3), 363–376. <https://doi.org/10.1007/s00213-012-2761-6>
- Hysek, C. M., Simmler, L. D., Schillinger, N., Meyer, N., Schmid, Y., Donzelli, M., Grouzmann, E., & Liechti, M. E. (2014). Pharmacokinetic and pharmacodynamic effects of methylphenidate and MDMA administered alone or in combination. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 17(3), 371–381. <https://doi.org/10.1017/S1461145713001132>

- Johnson, M. W., Richards, W. A., & Griffiths, R. R. (2008). Human Hallucinogen Research: Guidelines for Safety. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 22(6), 603. <https://doi.org/10.1177/0269881108093587>
- Jungaberle, H., Verres, R., & DuBois, F. (2006). *Rituale erneuern: Ritualdynamik und Grenzerfahrungen aus interdisziplinärer Perspektive: Ritualdynamik und Grenzerfahrung aus interdisziplinärer Perspektive*. Psychosozial-Verlag.
- Kelly, J. R., Gillan, C. M., Prenderville, J., Kelly, C., Harkin, A., Clarke, G., & O'Keane, V. (2021). Psychedelic Therapy's Transdiagnostic Effects: A Research Domain Criteria (RDoC) Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 800072. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.800072>
- Kočárová, R., Horáček, J., & Carhart-Harris, R. (2021). Does Psychedelic Therapy Have a Transdiagnostic Action and Prophylactic Potential? *Frontiers in Psychiatry*, 12, 661233. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.661233>
- Leary, T., Metzner, R., & Alpert, R. (1964). *The Psychedelic Experience – A Manual Based on The Tibetan Book of the Dead*.
- Leuner, H. (1971). [Hallucinogens in psychotherapy]. *Pharmakopsychiat.*, 4, 333–351.
- Leuner, H. (1981). *Halluzinogene: Psychische Grenzzustände in Forschung und Psychotherapie*. Huber.
- Liechti, M. (2019). *Experten-Bericht: Stand und Entwicklungsszenarien in Bezug auf die medizinische Behandlung und klinische Forschung mit Halluzinogenen und MDMA*.
- Liechti, M. E., Gamma, A., & Vollenweider, F. X. (2001). Gender differences in the subjective effects of MDMA. *Psychopharmacology*, 154(2), 161–168. <https://doi.org/10.1007/s002130000648>
- Liechti, M. E., Saur, M. R., Gamma, A., Hell, D., & Vollenweider, F. X. (2000). Psychological and physiological effects of MDMA ('Ecstasy') after pretreatment with the 5-HT₂ antagonist ketanserin in healthy humans. *Neuropsychopharmacology*, 23(4), 396–404. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00126-3](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00126-3)

- Liechti, M. E., & Vollenweider, F. X. (2000). Acute psychological and physiological effects of MDMA ('Ecstasy') after haloperidol pretreatment in healthy humans. *European Neuropsychopharmacology*, 10(4), 289–295. [https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(00\)00086-9](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(00)00086-9)
- Ljuslin, M., & Schaller, A. (2017). *Réémergence de la médecine psychédélique*.
- Mind Medicine, Inc. (2021). *Safety and Efficacy of Low Dose MM-120 for ADHD Proof of Concept Trial*. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05200936?cond=ADHD&intr=LSD&rank=1>
- Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., Ot'alora G, M., Garas, W., Paleos, C., Gorman, I., Nicholas, C., Mithoefer, M., Carlin, S., Poulter, B., Mithoefer, A., Quevedo, S., Wells, G., Klaire, S. S., van der Kolk, B., ... Doblin, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*, 27(6), 1025–1033. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01336-3>
- Mithoefer, M. C. (2015). *A Manual for MDMA-Assisted Psychotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*.
- Mithoefer, M. C., Grob, C. S., & Brewerton, T. D. (2016). *Novel psychopharmacological therapies for psychiatric disorders: Psilocybin and MDMA*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00576-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00576-3)
- Mueller, F. (2022). *The Role of Personal Experience for the Therapeutic Attitude in the Context of Substance-assisted Therapy Training (TherPsySE)*. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05570708>
- Müller, F. (2023). *Leitfaden für die Psychedelika-assistierte Therapie (PAT) mit MDMA, LSD und Psilocybin an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel*.
- Murphy, R., Kettner, H., Zeifman, R., Giribaldi, B., Kartner, L., Martell, J., Read, T., Murphy-Beiner, A., Baker-Jones, M., Nutt, D., Erritzoe, D., Watts, R., & Carhart-Harris, R. (2022). Therapeutic

- Alliance and Rapport Modulate Responses to Psilocybin Assisted Therapy for Depression. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 788155. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.788155>
- Nielson, E. M., & Guss, J. (2018). The influence of therapists' first-hand experience with psychedelics on psychedelic-assisted psychotherapy research and therapist training. *Journal of Psychedelic Studies*, 2(2), 64–73. <https://doi.org/10.1556/2054.2018.009>
- Oehen, P., Traber, R., Widmer, V., & Schnyder, U. (2013). A randomized, controlled pilot study of MDMA (\pm 3,4- Methylendioxyamphetamine)-assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1177/0269881112464827>
- Olson, D. E. (2021). *The Subjective Effects of Psychedelics May Not Be Necessary for Their Enduring Therapeutic Effects*. American Chemical Society. <https://dx.doi.org/10.1021/acsptsci.0c00192>
- Phelps, J. (2017). Developing Guidelines and Competencies for the Training of Psychedelic Therapists. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(5), 450–487. <https://doi.org/10.1177/0022167817711304>
- Pouyan, N., Younesi Sisi, F., Kargar, A., Scheidegger, M., McIntyre, R. S., & Morrow, J. D. (2023). The effects of Lysergic Acid Diethylamide (LSD) on the Positive Valence Systems: A Research Domain Criteria (RDoC)-Informed Systematic Review. *CNS Drugs*. <https://doi.org/10.1007/s40263-023-01044-1>
- Rogers, C. R. (1949). The attitude and orientation of the counselor in client-centered therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 13, 82–94.
- Ross, S., Bossis, A., Guss, J., Agin-Liebes, G., Malone, T., Cohen, B., Mennenga, S. E., Belser, A., Kalliontzi, K., Babb, J., Su, Z., Corby, P., & Schmidt, B. L. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-

threatening cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30, 1165–1180. <https://doi.org/10.1177/0269881116675512>

Schindler, E. A. D. (2022). Psychedelics in the Treatment of Headache and Chronic Pain Disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 56, 261–285. https://doi.org/10.1007/7854_2022_365

Schindler, E. A. D. (2023). The Potential of Psychedelics for the Treatment of Episodic Migraine. *Current Pain and Headache Reports*, 27(9), 489–495. <https://doi.org/10.1007/s11916-023-01145-y>

Schindler, E. A. D., Sewell, R. A., Gottschalk, C. H., Luddy, C., Flynn, L. T., Lindsey, H., Pittman, B. P., Cozzi, N. V., & D'Souza, D. C. (2021). Exploratory Controlled Study of the Migraine-Suppressing Effects of Psilocybin. *Neurotherapeutics*, 18(1), 534–543. <https://doi.org/10.1007/s13311-020-00962-y>

Schindler, E. A. D., Sewell, R. A., Gottschalk, C. H., Luddy, C., Flynn, L. T., Zhu, Y., Lindsey, H., Pittman, B. P., Cozzi, N. V., & D'Souza, D. C. (2022). Exploratory investigation of a patient-informed low-dose psilocybin pulse regimen in the suppression of cluster headache: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 62(10), 1383–1394. <https://doi.org/10.1111/head.14420>

Schmid, Y., Gasser, P., Oehen, P., & Liechti, M. E. (2020). Acute subjective effects in LSD- and MDMA-assisted psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 35(4), 362–374. <https://doi.org/10.1177/0269881120959604>

Schmid, Y., Gasser, P., Oehen, P., & Liechti, M. E. (2021). Acute subjective effects in LSD- and MDMA-assisted psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 35(4), 362–374. <https://doi.org/10.1177/0269881120959604>

- Sessa, B. (2012). *The psychedelic renaissance: Reassessing the role of psychedelic drugs in 21st century psychiatry and society*. Muswell Hill Press.
- Stoll, W. A. (1947). *Lysegsaure-diathylamid, ein Phantastikum aus der Mutterkorngruppe*. 60.
- Taylor, N. P. (2022, November 8). *Sublingual psychedelic startup nets \$60M for depression trials*. <https://www.fiercepharma.com/pharma/sublingual-psychedelic-startups-nets-60m-depression-trials>
- Vollenweider, F. X., Csomor, P. A., Knappe, B., Geyer, M. A., & Quednow, B. B. (2007). The effects of the preferential 5-HT_{2A} agonist psilocybin on prepulse inhibition of startle in healthy human volunteers depend on interstimulus interval. *Neuropsychopharmacology*, 32(9), 1876–1887. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301324>
- Vollenweider, F. X., Gamma, a, Liechti, M., & Huber, T. (1998). Psychological and cardiovascular effects and short-term sequelae of MDMA (“ecstasy”) in MDMA-naïve healthy volunteers. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 19(4), 241–251. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1395197>
- Vollenweider, F. X., Leenders, K. L., Scharfetter, C., Maguire, P., Stadelmann, O., & Angst, J. (1997). Positron emission tomography and fluorodeoxyglucose studies of metabolic hyperfrontality and psychopathology in the psilocybin model of psychosis. *Neuropsychopharmacology*, 16(5), 357–372. [https://doi.org/10.1016/s0893-133x\(96\)00246-1](https://doi.org/10.1016/s0893-133x(96)00246-1)
- Vollenweider, F. X., Vontobel, P., Hell, D., & Leenders, K. L. (1999). 5-HT modulation of dopamine release in basal ganglia in psilocybin-induced psychosis in man—A PET study with [11C]raclopride. *Neuropsychopharmacology*, 20(5), 424–433. [https://doi.org/10.1016/s0893-133x\(98\)00108-0](https://doi.org/10.1016/s0893-133x(98)00108-0)
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

- Watts, R., Day, C., Krzanowski, J., Nutt, D., & Carhart-Harris, R. (2017). Patients' accounts of increased "connectedness" and "acceptance" after psilocybin for treatment-resistant depression. *Journal of Humanistic Psychology, 57*, 520–564. <https://doi.org/10.1177/0022167817709585>
- Yaden, D. B., & Griffiths, R. R. (2021). The Subjective Effects of Psychedelics Are Necessary for Their Enduring Therapeutic Effects. *ACS Pharmacology & Translational Science, 4*(2), 568–572. <https://doi.org/10.1021/acsptsci.0c00194>