

# VERENIGINGSVERSLAGEN

## NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHOTHERAPIE

VERGADERING VAN 24 OKTOBER 1960

PLAATSVERVANGEND VOORZITTER: E. JANSEN

Dr. Mr. G. W. ARENDSSEN HEIN, *Het gebruik van adjuvantia bij de psychotherapie, in het bijzonder van LSD, bij de „refractaire” patiënt*

Moeilijke gevallen voor de psychotherapeut zijn o.a.:

a. patiënten die generlei contact met zichzelf hebben, slechts over weinig ziekte-inzicht beschikken, en elk introspectief vermogen missen;

b. patiënten die al heel veel weten en blijk van verstandelijk inzicht geven, zonder dat deze inzichten adequaat in hun gevoelsleven zijn verwerkt, zodat zij met hun kennis niets weten aan te vangen;

c. patiënten die zulke sterke, bewuste of onbewuste weerstanden hebben dat deze in het gewone psychotherapeutische contact niet te overwinnen zijn (niet kunnen, niet willen of niet durven praten).

Onder deze heterogene groep vindt men de „refractaire” patiënt.

Om de weerstandsbarrières te doorbreken en de voor analytische behandeling noodzakelijke gegevens te verkrijgen hebben wij de volgende hulpmiddelen toegepast: CO<sub>2</sub>-inhalatie volgens Meduna, een roes met methamfetamine (Methedrine), narco-analyse met thiopental (Pentothal) en behandeling met lysergide (LSD). Wij zochten naar middelen die sterke weerstanden verminderen en het loswoelen van verdrongen emotionele inhoud, resp. het opkomen van herinneringen en de regressie naar het infantiele gevoelsleven zouden bevorderen.

Op analytische gronden kan men natuurlijk bezwaren hebben tegen het kunstmatig doorbreken van de verdringsbarrière, omdat het Ik dan door niet te dragen gevoelens geteisterd zou kunnen worden, hetgeen desintegratie en in het ergste geval het uitbreken van een psychose zou kunnen betekenen.

De ervaring heeft echter geleerd, dat het Ik — wanneer de structuur ervan niet te zwak is, zoals in de manifeste psychose — met hulp van de therapeut in staat is, de verdrongen inhoud te integreren; bij toepassing van bepaalde hulpmiddelen, en het in acht nemen van zekere voorzorgen gaat het Ik namelijk laagsgewijze te werk, met een duidelijke neiging tot zelfregulering, evenals dit bij het gefractioneerd herinneren tijdens een analyse geschiedt. In het bewustzijn wordt dan alleen toegelaten, wat ook verwerkt kan worden, zolang althans de Ik-functies gedeeltelijk intact blijven en niet, zoals in narcose, geheel worden opgeheven. Duidelijk merkt men dit verschil bij de CO<sub>2</sub>-inhalatiemethode. Hierbij worden op vrij bruuske, moeilijk doseerbare, met volledig bewustzijnsverlies gepaard gaande wijze, emoties losgewoeld, die als een „dijkdoorbraak” aandoen en die meestal bij terugkeer van het bewustzijn, zodra het Ik zijn functies herneemt, weer worden verdrongen. Daardoor heeft deze methode voor de analytische psychotherapie weinig opgeleverd. Toch hebben wij er enkele patiënten wel wat bij zien verbeteren. Maar door de angst voor de benauwdheid, het bewustzijnsverlies en het soms zeer onaangenaam bijkomen kregen de patiënten een afkeer van deze behandeling en onttrokken zij er zich graag aan. Bovendien bedreigde het in-

grijpende en overweldigende karakter van deze methode voortdurend de ontwikkeling van een goede psychotherapeutische relatie.

De narco-analyse, die voor het herbeleven van recente traumatische gebeurtenissen bij acute, reactieve depressies en angsttoestanden waardevolle diensten kan bewijzen, schiet te kort, als wij er op dieper niveau de infantiele gevoelswereld die tot het ontstaan van een neurose heeft geleid, mee willen exploreren. Bovendien kleven aan deze methode duidelijke nadelen, zoals toediening per injectie, de afhankelijkheid en machteloosheid van de patiënt ten opzichte van de therapeut, het soms volledige verlies van contact met de werkelijkheid en onder sommige omstandigheden gehele of gedeeltelijke amnesie als het middel is uitgewerkt. Ten slotte het spectaculaire karakter van de gehele ingreep, die de therapeut wel in een zeer speciale verhouding tot de patiënt plaatst.

Een ander middel, dat aanvankelijk veelbelovend leek, is metamfetamine (Methedrine). Het doet het associatieproces sneller verlopen en verhoogt enorm de behoefte tot verbale expressie. Daardoor kan het goede diensten bewijzen, als de patiënt zich werkelijk wil uiten. Is dat niet het geval, dan komt er onder invloed van een tijdelijke euforie weliswaar een enorme woordenstroom los, maar deze draagt een oppervlakkig en verstandelijk karakter. Als het middel is uitgewerkt, verkeert deze toestand echter in het tegendeel; de patiënt zwijgt, en het blijkt, dat hij hetgeen hij beleefd heeft, niet heeft onthouden. Men kan zeggen, dat het bewustzijn als het ware helderder wordt, zodat de patiënt beter in staat is, de bereikbare inhoud te inventariseren. Maar regressie in eigenlijke zin vindt niet plaats; wel worden er veel remmingen opgeheven. Het middel kan dus onder bepaalde omstandigheden van beperkte waarde zijn.

Het grote gemak waarmee patiënten onder invloed van dit middel zich kunnen uitspreken, ook over hun overdrachtsgevoelens ten opzichte van de therapeut, kan als een grote bevrijding beleefd worden; het kan eveneens een therapie die vastgelopen is, weer een belangrijke stap voorwaarts brengen. Maar de euforiserende werking van het middel, de op het gebruik ervan volgende terugslag, en de noodzaak om het in te spuiten, vormen een bezwaar.

Van LSD, dat men wel als een psychotikum of een phantasticum aanduidt, was jarenlang niet veel meer bekend dan dat het een kunstmatige, op schizofrenie gelijkende „model-psychose” kon veroorzaken. Bovendien is vaak verkondigd, dat bij het gebruik van deze stof, die zulke indrukwekkende reacties veroorzaakt, de kunstmatige, tijdelijke psychose wel eens in een echte, blijvende zou kunnen overgaan.

Pas in de laatste jaren werd bekend dat bij gebruik van een geschikte methode vooral die patiënten gunstig reageren welke met de gewone behandelingsmethoden onbereikbaar zijn, of wel aan een ziekte lijden die doorgaans een zeer ongunstige prognose heeft (dwangneurosen en psychopathieën).

Men kan de vraag stellen of de toepassing van LSD een behandelingsmethode sui generis is, dan wel moet worden beschouwd als een adjuvans bij een analytisch gefundeerde psychotherapie. Ikzelf neig tot de laatste opvatting. De therapeut moet door uitvoerig onderzoek de patiënt goed leren kennen; hij moet een krachtige, positieve relatie met de patiënt tot ontwikkeling hebben gebracht. De patiënt moet uitvoerig worden voorgelicht over de belevingen die hij kan verwachten, alsmede over het doel van de behandeling. Hoe beter de voorbereiding is, hoe beter ook de reacties zijn.

Als de patiënt in een rustige, zoveel mogelijk voor zintuiglijke prikkels afgeschermd omgeving is gebracht, krijgt

*De Redactie heeft dit verslag op 24 januari 1961 ontvangen.*

hij het middel per os toegediend. De lichamelijke reacties die hij na enige tijd kan opmerken, zijn doorgaans onbetekenend (misselijkheid, een licht gevoel in het hoofd, lichte paresthesiën). Na een half tot een uur geraakt hij in een dromerige toestand, waarbij zich bepaalde herinneringen of symbolische beelden aan zijn innerlijk oog kunnen voordoen. Soms doen zich in het begin enige ontremmingsverschijnselen voor, zoals onbedaarlijk lachen of huilen. De patiënt wordt aangemoedigd, zich op de stroom van zijn gevoelens en gedachten te laten meedrijven, zonder daaraan bewust richting te geven.

Bij juiste dosering duurt deze uitzonderingstoestand 5 à 8 uur. De patiënt verliest daarbij vrijwel geen ogenblik het gevoel dat hij als toeschouwer het gehele gebeuren kan overzien en van zijn belevingen verslag kan doen, wanneer hij daaraan behoefte heeft.

Daar de belevenissen emotioneel vaak zeer aangrijpend zijn, is het voor de patiënt van het grootste belang dat hij voortdurend over de mogelijkheid van een warm menselijk, existentieel contact beschikt. Nooit mag hij aan zijn lot overgelaten worden, of, wat op hetzelfde neerkomt: onpersoonlijk en koel of met haast en gebrek aan belangstelling worden bejegend. Al naar gelang de reacties van de patiënt een duidelijk overdrachtskarakter hebben of van het zoeken naar contact in het existentiële vlak blijken te geven, kan de therapeut een meer passieve dan wel een actieve participerende houding kiezen. Zo wordt bv. bij traumatische herbelevingen de patiënt, als dit nodig blijkt, steun, bescherming of troost geboden. Hij krijgt de gelegenheid, de regressieve impulsen vergaand te volgen en uit te voeren; de dokter of de verpleegster tracht hem daarbij te helpen, zoals ook door ROSEN wordt gedaan bij zijn „direct analysis” van schizofrenen.

Kenmerkend voor de werking van LSD is, het golvende karakter van het effect op de psyche; d.w.z. er zijn langer of korter durende remissies in de uitzonderingstoestand, die er zich toe lenen, het doorleefde met de patiënt te bespreken, terwijl alles nog vers in zijn geheugen ligt.

De juiste dosering is van groot belang. Deze moet voor iedere patiënt nauwkeurig worden bepaald, omdat de gevoeligheid voor het middel en de ontwikkeling van een tolerantie individueel aanzienlijk variëren. De dosis mag niet hoger gaan dan die waarbij de patiënt nog het gevoel behoudt, erbij te blijven; hij mag niet het gevoel hebben, overstromd te worden door een chaos van ongrijpbare indrukken. Eventueel kunnen te heftige of te langdurige reacties met chloorpromazine worden afgebroken.

Vooral bij hogere dosering kunnen enige uren tot dagen na de toediening van het medicament nog nawerkingen van een golvend karakter voorkomen. Algemeen wordt het daarom wenselijk geacht dat deze behandeling in de kliniek geschiedt en dat de patiënt ook na de behandeling nauwkeurig wordt geobserveerd.

Farmacologisch is LSD een volstrekt ongevaarlijke stof, die geen toxische bijwerkingen van enig belang heeft. COHEN verrichtte onlangs een enquête-onderzoek, dat 5000 patiënten omvatte. Deze kregen in het geheel 25.000 maal LSD in doseringen, variërend van 25 tot 1500 µg. Noch onder deze enquête-gegevens, noch in de literatuur is enig geval gevonden van ernstige, langdurige lichamelijke bijwerkingen.

Belangrijker zijn de psychische complicaties. Weliswaar zijn er géén gevallen bekend geworden waarin een latente psychose werd losgewoeld of de kunstmatige bleef voortbestaan; er zijn echter wel zeldzame gevallen bekend van enigszins geprolongeerde reacties (enkele dagen tot een week). Deze reacties bestonden uit moeilijk gedrag, depressie, pseudo-hallucinatorische belevenissen, motore onrust of nagolving

— tot enige weken, zelfs maanden later — van de belevenissen tijdens de roes. Daarbij doet zich echter de vraag voor of dit laatste als nawerking van het middel moet worden beschouwd, dan wel als gevolg van een verlaging van de bewustwordingsdrempel van onbewuste inhouden, nadat door de behandeling met LSD de weg gebaad is.

Vooral moet aandacht worden besteed aan het gevaar van zelfmoord na sterke traumatische herbelevingen of na op fantasie berustende actualisaties van onbewuste wensen. Het verwerken van een en ander kan enige tijd vergen en er kan hierbij psychotherapeutische steun nodig zijn.

Insteeds van er angstig voor te worden of ertegen in verzet te komen verklaren de meeste patiënten, dat deze behandeling voor hen een intens verrijkende beleving is; vrijwel zonder uitzondering zien zij dan ook met verlangen naar de volgende behandeling uit, wat met betrekking tot de meeste psychiatrische behandelingsmethoden niet het geval is.

Naar aanleiding van introspectieve ervaringen bij mijzelf en van observaties bij patiënten kan ik het volgende overzicht geven:

De bewustzijnsveranderingen dragen over het algemeen een golvend karakter. Periodes met normaal bewustzijn worden afgewisseld door periodes waarin het buitenwereld-bewustzijn sterk vernauwd is. Tegelijkertijd heeft het binnenwereld-bewustzijn een sterke verwijding en verdieping ondergaan; dit wordt vaak beschreven met de woorden „grenzeloos, tijdloos”, en gaat gepaard met een lucide gevoel, waardoor allerlei dingen in een intense, diepe betekenis worden geschouwd. Verschillende Ik-functies, zoals streven, wensen, willen, abstraheren en doelgericht logisch denken, zijn dan sterk verminderd; bovendien zijn de grenzen tussen subject en object, tussen het Ik in het verleden en het Ik in de toekomst, tussen Ik en buitenwereld vervaagd. Ondanks de sterke dissociatie die is ingetreden, zijn fundamentele functies bij een deel van het Ik toch intact gebleven. De normale Ik-rest volgt als het ware als toeschouwer de activiteiten van het geregredieerde Ik. Deze Ik-rest gedraagt zich als ordenende, integrerende instantie, die het contact met de werkelijkheid behoudt, zodat de in de gewone psychose meestal intredende Ik-vreemdheid van de gevoelswereld, niet als zodanig wordt beleefd. Het eigen, tot de Ik-sfeer behorende karakter blijft bewaard, op een zeldzame inzinking van korte duur na, waaruit de patiënt onmiddellijk weer gewekt kan worden. Duidelijk toegenomen is het pre-logische, fantasierend autistische beelddenken, met nieuwe belevingsmodaliteiten zoals synesthesiën, eenwording met de levende of dode natuur, en verlies van de lichamelijkeheid (mysticisme).

De verminderde activiteit van het geregredieerde deel van het Ik begunstigt de projectie-mechanismen en het verschijnen van archetypen; dit kan aanzienlijk bijdragen tot intuïtieve verduidelijking van de problematiek. Een van de belangrijkste dingen die onder invloed van LSD plaatsvinden, is de vrijmaking van auto-synthetische, creatieve krachten in het Ik, juist bij die personen bij wie men zwakke integratievermogens zou veronderstellen. Het gevoel, te kunnen doordringen in de achtergrond der dingen, het zien van een ruimere samenhang, met tevens een gevoel van verheffing boven het alledaagse, het bevrijd worden van gebondenheid aan bepaalde affectieve complexen, en de soms ook voorkomende kosmisch-religieuze gevoelens waarbij het Ik zijn eigen grenzen transcendeert, leveren een bijdrage tot een meer-dimensionaal integratieproces. Hierbij worden ontwikkeling, oorsprong en herkomst van bepaalde onverengbaarheden tegelijkertijd en in een dynamisch perspectief beleefd, zodat veel daardoor in een begrijpelijker verband komt te staan. Afweermechanismen komen duidelijk tot uit-

drukking, vaak in plastische vorm. Affectbeladen herinneringen uit de jeugd komen soms met een opmerkelijke hypermesie voor allerlei zintuiglijke details, en met een indrukwekkend en overtuigend karakter van echtheid en belangrijkheid weer in het bewustzijn terug. Doordat langvergeten herinneringen met sterk evidentie-gevoel door de patiënt als tot zichzelf behorend worden herkend, wordt ook de belangstelling voor de wereld van het onbewuste geprikkeld.

Wanneer affectieve complexen nog niet langs rechtstreekse weg herinnerd kunnen worden, geschiedt dat vaak door belevingen van sterk emotioneel gekleurde ontmoetingen met symbolische monsters. Hierdoor worden mogelijkheden geschapen tot krachtig afreageren van verdrongen neigingen.

Behalve geringe lichamelijke symptomen zoals rillerigheid, misselijkheid enz., die als farmacologische bijwerkingen moeten worden aangemerkt, ontstaan er soms duidelijk circumscrip te pijnen als uitdrukking van een verdrongen emotioneel complex, dat na kortere of langere tijd bewust wordt, als de patiënt zich aan de pijn kan overgeven.

Soms dragen de belevingen het karakter van geactualiseerde wensvervullingen en gedramatiseerde behandeling van bepaalde actuele moeilijkheden, alles vol symboliek, zoals wij dat uit het droomleven kennen. Anderen hebben weer religieuze, kosmische belevenissen van een absoluut karakter, die aan mystieke ervaringen doen denken; het is opmerkelijk, hoe deze belevenissen naar gedifferentieerde inhoud en poëtische uitdrukkingsvorm het niveau dat men bij de patiënt in verband met zijn ontwikkeling en voorgeschiedenis zou verwachten, vaak verre te boven gaan.

De overdracht is over het geheel genomen veel minder belangrijk dan in de analytische situatie, omdat:

a. de patiënt geheel verdiept is in de herbeleving van bv. een jeugdtrauma in zijn originele vorm, zodat bij deze actualisatie van de grondsituatie overdracht op een buiten deze situatie staande betrekkingspersoon zoals de therapeut, in het geheel niet aan de orde komt;

b. bij minder diepe roestoestand waarbij de analytische resp. therapeutische relatie intact is gebleven, overdrachtsreacties zeer duidelijk en versterkt tijdelijk zichtbaar kunnen zijn en dan ook op de gewone wijze behoren te worden gehanteerd. Doordat de weerstanden verzwakt zijn en de censuur opgeheven is, wordt voor de patiënt doorgaans na enige tijd het overdrachtskarakter van zijn gevoelens duidelijk;

c. de overdracht wel plaatsvindt, maar niet op de analytische, doch op de monstra die de patiënt als symbolen van bepaalde betrekkingspersonen uit zijn jeugd in zijn fantasiewereld ziet verschijnen. De rol van de therapeut is anders en is meer in de richting van het menselijk rapport verschoven dan in de analytische situatie. Zijn aanwezigheid helpt de patiënt om in de veiligheid van dit menselijk contact de herbeleving aan te durven en zijn gevoelens te uiten.

Bij die emotionele belevenissen is dit rapport sterk affectief gekleurd en van groot communicatief gehalte. De relatie arts-patiënt mag in deze situatie niet gereduceerd worden tot de analytische overdracht.

MAEDER wijst erop, dat de overdracht weliswaar een contactvorm is, maar eenzijdig en indirect, terwijl het affectieve persoonlijke contact dat de patiënt behoeft, wederkerig en direct moet zijn. Dit geldt in het bijzonder voor de situatie bij behandeling met LSD.

De voortdurende drang om zich van het doorleefde reenschap te geven bevordert de verinnerlijking van de problematiek; voor de patiënt met sterke neiging tot „acting out” betekent dit een belangrijke stap voorwaarts.

In het verloop van een (analytische) behandeling die op onoverwinnelijke weerstand dreigt vast te lopen, kan LSD

belangrijke diensten bewijzen om de behandeling weer op gang te brengen en te intensiveren, met zoveel mogelijk het behoud van de analytische situatie.

Nadelen van de LSD-behandeling zijn: de uitsluitend klinisch mogelijke toepassing; de langdurigheid van de zittingen; het gevaar dat de patiënt een wondergenezing verwacht waarvoor hij zelf niet veel hoeft te doen; het gevaar dat de arts te veel van het middel verwacht, terwijl het zorgvuldig analytisch doorwerken van alle gegevens in feite even noodzakelijk blijft als altijd.

Voor de behandeling met LSD gelden de volgende indicaties: neurotische angst- en spanningstoestanden; dwangneurosen waarbij zich nog geen psychotisch verval van de persoonlijkheid heeft voorgedaan; grensgevallen („borderline-cases”); karakterneurosen; een deel van de psychopathieën. Ook bij alcoholisme en verslavingstoestanden worden onder sommige omstandigheden bemoedigende resultaten behaald.

Paranoïde en hysterische persoonlijkheden hebben een minder gunstige prognose. Als tegen-indicaties behoren voorlopig te worden genoemd: manifeste psychosen; zeer zware neurotische depressies; sterke zelfmoordneiging; lichamelijke en geestelijke uitputtingstoestanden.

Uit eigen bevindingen en uit literatuurgegevens blijkt, dat ongeveer in 65 pct van de gevallen met deze behandeling een verbetering, soms een belangrijke verbetering, wordt bereikt.

#### Discussie:

DE MONCHY: Bewustwording van een infantiel trauma zonder meer kan de ontredde geestelijke structuur niet ordenen. Behalve bij recente ernstige shocktoestanden zijn de resultaten bij gebruik van pharmaca teleurstellend: de structurele reacties op de oorzakelijke schade blijven onbeïnvloed. Zou men nu in LSD inderdaad een middel hebben, dat de starre afweer- en compensatiemechanismen niet alleen toegankelijker maakt voor introspectie, maar ook de correctie ervan vergemakkelijkt, dan zou dit middel een novum zijn van groot belang. Gewoonlijk verzwakken genesmiddelen de integrerende functies. Als LSD echter in staat zou zijn, ze te bevorderen, moet men theoretisch veronderstellen, dat het meer duurzaam de angsten kan binden die manifest worden bij het opheffen van verdringen. Middelen die angsten tot verdwijning kunnen brengen, moeten voor velen wel zeer aantrekkelijk zijn. Is het gevaar voor verslaving werkelijk zo gering? Dr. ARENDSSEN HEIN zeide, dat de patiënten de behandeling gaarne ondergaan.

ARENDSSEN HEIN antwoordt: Het zou een misverstand zijn, te menen, dat LSD langs farmacologische weg angsten kan doen verdwijnen. Zonder de veiligheid van het samenzijn met een sympathiserend medemens mist de LSD-ervaring het existentiële en daarmee het therapeutische karakter.

Gevallen van verslaving zijn niet bekend. Het middel is niet in de handel verkrijgbaar. De belevingen van de patiënt dragen vaak allerm minst een prettig karakter. De reden waarom zij de behandeling graag voortzetten, zit niet in de inhoud van het beleefde, maar in de kwaliteit ervan, en de waarachtigheid en de diepe gevoelsintensiteit die daarmee gepaard gaan.

SCHUURMAN: 1. Collega ARENDSSEN HEIN heeft er de nadruk op gelegd, dat de LSD-kuur alleen in klinisch verband mag worden toegepast. Het is echter uit de literatuur bekend, dat dit ook poliklinisch met succes is geschied. Heeft U hier dan ook nog bezwaar tegen, indien de nodige voorzorgen, die U genoemd heeft, in acht worden genomen? 2. Wanneer U de kuur steeds afbreekt met een dosis chloorpromazine en daarna nog een slaapmiddel toedient, bestaat



dan niet het gevaar dat de goede doorwerking van de kuur wordt afgeremd? 3. Heeft U ervaring met het toedienen van een kleine dosis alcohol vóór het afbreken van de kuur, bij patiënten die van alcohol zelden gebruik maken?

ARENDSSEN HEIN: antwoordt: Ad 1. Indien de doses kleiner dan 75 µg blijven en men eerst het reactiepatroon van de patiënt door klinische observatie heeft leren kennen, behoeven er, mits genoemde voorwaarden vervuld zijn, geen overwegende bezwaren te bestaan tegen poliklinische behandeling. Bij hogere doses zou ik wel aan de voorwaarde van klinische behandeling willen vasthouden, omdat er vaak nagolven komen, die in de buitenwereld tot complicaties aanleiding kunnen geven.

Ad 2. Inderdaad bestaat het door U genoemde gevaar wel in zekere mate; daar staat echter tegenover, dat de eisen die aan het verplegend personeel voor verzorging en bewaking worden gesteld, een zodanige belasting vormen, dat de kuur om praktische redenen op een bepaald ogenblik moet worden beëindigd.

Ad 3. Hiervan heb ik geen ervaring.

DE WIND: Collega ARENDSSEN HEIN spreekt over eenzijdig contact in de analyse. Hij denkt daarbij waarschijnlijk aan de analyse die in de jaren dertig — ten gevolge van verkeerde interpretatie van de „abstinentieregel” — wel werd uitgeoefend. De moderne techniek — „parameters”, „raprocher”, methode van Winnicott enz. — geeft aanleiding tot een heel andere relatie tussen analyticus en patiënt, waardoor ook vaak psychopaten en delinquenten bereikbaar worden. De vergelijking met LSD moet in dat licht geschieden.

VAN HELSDINGEN: 1. Zijn de psychische belevingen van de patiënten onder invloed van LSD gekenmerkt door een toestand van bewustzijnsdaling of juist van een bijzonder helder bewustzijn? Dit laatste in verband met de luciditeit van de belevingen en van de snelle reacties van de patiënt. 2. Heeft U bij de hallucinaties en levendige voorstellingen die de patiënten krijgen, wel eens symbolische voorstellingen in de zin van archetypen gezien?

ARENDSSEN HEIN antwoordt: Ad 1. Door de sterke disassociatie van de Ik-functies ziet men partiële veranderingen in het bewustzijn ontstaan. Van het geregredieerde deel van het Ik is het buitenwereld-bewustzijn bij tijden sterk vernauwd, daarentegen het binnenwereld-bewustzijn enorm verwijd. Daarnaast kan men bij de niet geregredieerde Ik-rest vaak duidelijke bewustzijnsveranderingen van een golvend karakter waarnemen, waarbij bewustzijnsdalingen afwisselen met periodes van sterke bewustzijnsverheldering.

Ad 2. Inderdaad is het ontstaan van symbolische voorstellingen, waarbij archetypen, een frequent verschijnsel.

ROMBOUTS vraagt over sprekers ervaringen met activering van agressieve neigingen onder de behandeling. Dit in verband met ROMBOUTS eigen ervaring, dat zelfs zeer agressieve oude schizofrenen door een goed afgewikkeld „handgemeen” tot een — voordien volstrekt ondenkbare — gezellige en goedmoedelijke verhouding tot de therapeut kunnen komen. Dit zou dan de weg kunnen banen tot een gehele ommekeer in hun houding tegenover alle medemensen.

ARENDSSEN HEIN antwoordt: Nu en dan komt het tot krachtige agressieve ontladingen; deze blijven echter steeds gericht op de oorspronkelijke betrekkingpersoon, die het in feite aangaat en die in de fantasie in pseudo-hallucinatorische vorm wordt geactualiseerd.

E. JANSEN, secretaris

## NEDERLANDSE VERENIGING VOOR TROPISCHE GENEESKUNDE

VERGADERING OP 30 OKTOBER 1960 TE LEIDEN

VOORZITTER: DR. A. BONEBAKKER

P. G. BAKKER, *De behandeling van gonorrhoe in verband met het voorkomen van gonokokken met verminderde gevoeligheid voor penicilline*

Toen tegen het einde van de laatste wereldoorlog de bestrijding van gonorrhoe door de hand over hand toenemende resistentie van *Neisseria gonorrhoeae* voor sulfonamide, in Europa een schier hopeloze taak werd, deed men in Amerika op grote schaal onderzoeken met de pas ontdekte penicilline. De resultaten van deze onderzoeken waren zó gunstig, dat de United States Public Health Service in 1944 de verwachting uitsprak, dat bij ruime toepassing van penicilline de geslachtsziekten geen probleem voor de volksgezondheid meer zouden vormen. In tegenstelling tot de sulfonamiden, die reeds sedert het begin van hun toepassing bij gonorrhoe in 5 tot 10 pct van de gevallen geen genezing gaven, bleek ten opzichte van penicilline geen natuurlijke resistentie te bestaan.

Penicilline-oplossingen, die gedurende een etmaal om de 3 uur toegediend moesten worden, waren aanvankelijk in lage doseringen (bv. 100.000 eenheden in totaal) reeds voldoende voor genezing. Toen vervolgens door langdurig werkzame preparaten (suspensies van penicilline in olie en bijenwas) het ideaal: de „one shot therapy”, werd bereikt gaf men hogere doseringen (300.000 à 600.000 eenheden).

Ondertussen bleef men de aandacht gericht houden op een eventueel resistent worden van de gonokok ten opzichte van penicilline. Ondanks proeven in vitro en gevoeligheidsbepalingen van circulerende stammen kon men geen adaptatie aantonen. Zo schreven MARCUSE en HUSELS nog in 1954, dat er geen resistentie te verwachten was. In de jaren 1956 en 1957 begon men echter op te merken dat het aantal recidieven (goed te onderscheiden van re-infecties!) bijna 4 maal zo hoog was als in 1954, ondanks het feit dat men de dosering PAM had verhoogd van 300.000 tot 600.000 à 1,2 miljoen eenheden.

Bij gevoeligheidsbepalingen die in Engeland werden verricht, bleken er gonokokkenstammen te zijn die voor een algehele groeiremming een hogere concentratie per cm<sup>3</sup> voedingsbodem nodig hadden dan in vroeger jaren was gepubliceerd. Toen wij in 1958 op de Polikliniek voor Zeelieden te Rotterdam ook enkele recidieven opmerkten, konden wij het circuleren van dergelijke minder gevoelige stammen bevestigen (BAKKER 1960). Gedurende 1959 bleek het aantal recidieven toe te nemen; daarom besloten wij in 1960 opnieuw de gevoeligheden na te gaan. Bovendien werden toen ook de gevoeligheden voor streptomycine, chlooramfenicol (Chloromycetin) en tetracycline bepaald.

Van januari tot medio juni 1960 bleken van 26 recidiefgevallen 23 stammen een hogere concentratie dan 0,1 eenheid penicilline per cm<sup>3</sup> voedingsbodem voor totale groei-remming nodig te hebben. De stammen bleken tevens ongevoelig voor streptomycine.

Vervolgens werden van medio juni tot eind augustus 1960 bij alle gonorrhoe-gevallen de gevoeligheden bepaald. Hierbij werden een goed gevoelige groep, een verminderd gevoelige groep en een „overgangs”-groep aangetoond. In de verminderd gevoelige groep bleek er steeds een ongevoeligheid ten opzichte van streptomycine te bestaan. Een on-

*De Redactie heeft dit verslag op 8 maart 1961 ontvangen.*