

LSD-25 SOM PSYKOTERAPEUTISK HJELPEMIDDEL

En redegjørelse og preliminær meddelelse

Av OLE HERMAN ROBAK

(Fra Modum Bads Nervesanatorium.

Sjef: Overlege Gordon Johnsen.)

Denne artikkel tilsikter å gi en kort oversikt over LSD-25s historikk, farmakologi og toksikologi, samt dets bruk som hjelpemiddel i en psykoterapeutisk praksis. Dernest vil det bli gjort rede for de arbeider med LSD-25 som for tiden er i gang ved Modum Bads Nervesanatorium.

Historikk.

D-lysergsyre-dietylamid (LSD-25) ble fremstilt av Hofmann og Hofmann i 1938 i Sandoz' laboratorier. Dets eiendommelige innvirkning på psyken ble tilfeldig oppdaget av Hofmann selv. Dette ga støtet til grunnleggende undersøkelser. Effekten av LSD-25 ble gransket på friske forsøkspersoner, psykotiske og neurotiske pasienter. Dessuten ble LSD-25 sammenlignet med andre psykisk aktive stoffer, som meskalin, alkohol, morfin, amfetamin m. v.

Det tok flere års undersøkelser og innsamling av data før noen våget å ta i bruk LSD-25 som hjelpemiddel i psykoterapien. Fra 1950 foreligger imidlertid en ganske omfattende meddelelse om behandlingen av 8 tilfelle av psykoneurose. Det første større, systematiske og grundige arbeid ble imidlertid først offentliggjort i 1954 av Sanderson et al. (1). Han redegjør for behandlingen av 14 tilfelle av psykoneurose og beslektede tilstander, med gode resultater: Av de 23 som var ferdigbehandlet ble 14 klassifisert som «recovered», 1 som «greatly improved», 6 som «moderately improved» og bare 2 som «not improved».

Sanderson har offentliggjort en rekke senere arbeider over LSD-psykoterapi, og han er vedvarende entusiastisk (2). Etter hvert har interessen bredt seg, og det ligger nå en rekke arbeider fra mange land, de fleste med positive konklusjoner. Fra Tyskland skal spesielt nevnes Leuner (3).

Norden har danskene hittil vært de mest aktive. Det er blitt offentliggjort flere arbeider som knytter seg til LSD-behandlingen av i alt 38 pasienter ved Frederiksberg Hospitals psykiatriske avdeling (4, 5, 6).

Norge har det vært drevet spredte forsøk. Siste år har imidlertid LSD-25 vært til mer systematisk utprøving og bruk ved Modum Bads Nervesanatorium, og en har også kjennskap til at det er under utprøving ved et psykehus.

Farmakologi.

LSD-25 hører til ergonovingruppen av sekalekaloidene, som alle er bygd over lysergsyrekjernen. Den fant sted som et ledd i Stoll og Hofmanns systematiske undersøkelse av sekalekaloidene.

LSD-25 har en utpreget kjemisk spesifisitet, idet den minste endring av molekylet fører til fullstendig tap av den spesielle psykotrope effekt. Det er aktivt i uhyre små doser. Innvirkning på psyken kan registreres ved doser på 10 gamma eller mindre. Toksisitetsundersøkelser har vist at med de terapeutisk aktuelle doser forekommer ingen farlige eller irreversible bivirkninger.

Virkningsmekanismen er ukjent. Man antar at LSD-25 på en eller annen måte må interferere med neryecellenes stoffskifte, for eksempel ved at en enzymatisk prosess hemmes eller fremmes.

Dosering.

LSD-25 resorberes nærmest komplett fra digestionstractus. Det kan gis både peroralt og parenteralt. Effekten blir stort sett den samme, dog inntreder den noe hurtigere etter injeksjon. Vanlig testdose er 25 gamma, som så økes eller reduseres fra gang til gang inntil man når effektivt nivå. Dette varierer sterkt fra individ til individ. De fleste vil merke en kraftig påvirkning ved 100 gamma eller mindre, men enkelte må opp i 500 gamma eller mer.

Virkning på psyken.

Kliniske tegn til påvirkning begynner å melde seg 15 til 60 minutter etter tilførselen. Et tidlig tegn er økt emosjonell aktivitet, ofte en tilbøyelighet til å flire eller le, sjeldnere en tendens til å gråte. Som regel går dette over når effekten melder seg med full tyngde. Toppen nås oftest etter en til en og en halv time, men kan komme betydelig senere. Den tyngste «rusen» varer fra 30 minutter opptil flere timer. Nesten alle blir da noe urolige, virker plaget, puster fort og tungt, svetter eller fryser, blir røde i ansiktet, og mange klager over kvalme. Karakteristisk er en motorisk uro, man sparker med benene og «trår vannet» i sengen. De fleste foretrekker å ligge.

I denne fasen kan ofte observeres en tydelig tendens til regresjon: Både i holdning, bevegelser, ytringer og emosjonelle utladninger anvender pasienter en mer umoden og infantil væremåte.

Kontaktbehovet varierer meget. Noen ønsker å være alene, helst i absolutt stillhet. Dette kan være vanskelig å skaffe, for i rusen er man uhyre følsom for lyd. Selv de minste lyder kan oppfattes og føles som pinlige eller katastrofale brak.

Andre opplever et økt kontaktbehov og ønsker å ha noen å snakke med. Pasienter som plages av angst, føler ofte at angsten forsterkes under visse faser av rusen og vil da være redd for å være alene.

I rusen gjenoppleses ofte fortrenget materiale, som nå trenger seg frem under til dels heftig emosjonelle medreaksjon. Det er selvfølgelig nettopp dette man tilsikter og håper på, når man anvender LSD-25 i psykoterapien.

Karakteristisk er ellers den svære omskiftelighet. Tankene flyr, og det kan ofte være vanskelig å holde en tråd tilstrekkelig lenge til at man etterpå kan erindre hva man har opplevd. Det er imidlertid påfallende at i de tilfelle der pasienten er opptatt av et bestemt neurotisk problemkompleks, vender rusopplevelsene nettopp tilbake til og oppholder seg ved dette fra gang til gang.

Dimensjonsopplevelsen blir merkelig fleksibel. Tidsfølelsen endrer karakter. Noen ganger føles det som om tiden går uendelig fort, andre ganger står den stille. Objekter oppfattes uendelig store, andre ganger ørende små, og ens egen størrelse fluktuerte tilsvarende. I det ene øyeblikk er man et stort legeme som svever fritt mellom klodene, i det neste et ørlite fnugg.

De hallusinatoriske opplevelser er av meget varierende karakter. Dels kan de være nærmest abstrakte opplevelser av form, farge og konsistens, dels er de helt konkrete og detaljerte, og pasienten tar ofte aktiv del i dem. Neurotiske pasienter vil svært ofte gjenoppleve barndoms-erindringer, til dels som om de igjen var små og virkelig var i den erindrede situasjon.

Bevisstheten er imidlertid hele tiden klar, og pasienten vil som regel når som helst kunne «ta seg inn», bevisst bringe seg tilbake til virkeligheten og få de hallusinatoriske opplevelser til å klinge av. Han vil hele tiden ha klart for seg at dette er abnorme opplevelser og ikke «den hverdagslige virkelighet». I visse faser vil han likevel foretrekke å hengi seg til denne abnorme følelsesverden og faktisk forsøke å få den til å vedvare. Dette avhenger selvsagt av om det gjenopplevede eller hallusinatorisk opplevde er av behagelig art.

For de fleste pasienter vil i hvert fall visse deler av rusen føles ubehagelig. Dels kan det være muskeluroen, dels kvalmen, eller selve de psykiske opplevelser er urovekkende. Men ikke sjelden er storparten av rusen en behagelig opplevelse. Særlig gjelder dette for avslutningen av rusen, da pasienten begynner å få klarhet igjen og kanskje mer selektivt kan velge hvor han vil la tankene vandre.

Rusens varighet er individuelt meget variabel. Noen er helt ute av rusen etter 2–3 timer, andre merker den i 10–12 timer, i sjeldne tilfelle enda lenger.

Aktiverende tilleggsmedikasjon.

Hos en del pasienter er det som om LSD-påvirkningen ikke fullt ut makter å skape det gjennombrudd av fortrenget materiale som pasienten selv føler ligger og presser på. I slike tilfelle kan man forsøke å lette frembruddet ved hjelp av stimulerende medikamenter. Man kan for eksempel gi metamfetamin 10–15 mg peroralt samtidig med LSD-25, og i visse tilfelle synes dette absolutt å ha positiv effekt. Det mest effektive synes imidlertid å være Ritalin intravenøst, injisert på LSD-rusens høydepunkt. Man gir vanligvis 20 mg, som injiseres i løpet av ca. 1 minutt (5).

LSD-antagonister.

Både barbiturater og spesielt neuroleptica er antagelig nister overfor LSD-25, og man kan således avbryte LSD-rusen når man ønsker. Hvis tilstanden er så dramatisk at man ønsker å avbryte straks og totalt, kan man gi Amcal intravenøst til søvn. Slike tiltak vil imidlertid med sjelden bli påkrevd. De mest anvendelige antagonistene er neuroleptica som klorpromazin og klorprotixen. 50 mg klorpromazin intramuskulært vil som regel avbryte rusen i løpet av ca. 30 minutter.

Faremomenter.

Egentlige toksiske faremomenter finnes som nevnt ikke. De farer som måtte foreligge, knytter seg alle til stoffets psykotrope effekt. Følgende 4 punkter kan anføres:

- 1) Akutt depresjon under eller etter LSD-rusen, med suicidalfare. Det er allerede beskrevet suicid, og det med denne sykdommen krever derfor en omhyggelig årvåkenhet (5).
- 2) Impulshandlinger på grunn av oppstemthet har dog forekommet (6).

3) LSD-rusen kan utløse en latent psykose. Dette moment har vel vært hovedårsaken til at man har nølt med å anvende LSD-25 på psykisk syke. Med økende erfaring er imidlertid denne engstelse blitt avdempet, idet slike psykotiske reaksjoner har vist seg å forekomme med sjelden, eventuelt er de hurtig forbigående.

4) Til gjengjeld er et annet moment kanskje kommet frem, etter at LSD-25 nå har vært i bruk i psykoterapien i en del år. LSD-psykoterapien er en innsikts terapi, og dens fortrinn sammenlignet med for eksempel ortodoks psykoanalyse er den hurtighet hvormed innsikten kan erverves. Men i noen tilfelle kan det se ut som at den kommer for hurtig. Særlig hos egosvake personer med svære fortrenghninger kan det være grunn til å frykte at en for rask pågang kan føre til sammenbrudd i behandlingen, altså ikke på grunn av LSD's direkte virkning, som følge av psykoterapien. Man bør alltid ha for tidsfaktorens store betydning i en psykoterapeutisk prosess; akselerasjon synes kun å tåles til en viss grad.

Terapeutisk anvendelsesområde.

LSD-25 har sin plass som hjelpemiddel ved psykoterapi som har til formål å bibringe innsikt. Grunnen for dets anvendelse er som nevnt at det synes å akselerere denne prosessen, idet pasientene makter å frembringe gjenoppleve fortrenget materiale hurtigere og mer intens enn vanlig. Spesielt verdifullt synes å være det høye emosjonelle engasjement som blir muliggjort.

LSD-terapien er hittil stort sett blitt reservert for tilfelle som man ellers ville måtte melde pass over. Kroniske neuroser av mange års varighet der all terapi alt har slått feil, eller der man ut fra symptomatologi straks kan slå fast at her kommer man ingen vei med «ordinære» metoder. Blant de lidelser som har utpekt som karakterneurose i første rekke, heri innberegnet det som andre vil kalle karakteravvikler og/eller psykopati. Seksualdeviasjoner og vårt evig store problem alkoholisme er lignende tunge terapioppgaver. Endelig har vi tvangsneurose, dette psykoterapeutiske som så ofte gir liten lønn for mye strev.

det spesielt er med denne type lidelser man har prøvd LSD-psykoterapi, er det ganske naturlig at de publikasjoner nettopp fremhever disse som de beste indikasjonsområde. Og hvis man kan oppnå positive resultater nettopp med et slikt særlig tungt pasientmål, sier det jo atskillig om terapiens muligheter. Det er imidlertid sannsynlig at man etter hvert vil finne det riktig å utvide indikasjonsområdet til også å omfatte «lettere» og «ferskere» tilfelle av neurose. Det bør også at flere forskere har våget seg på LSD-psykoterapi av psykotiske grensetilfelle. Defekthetene hos schizofrene er for eksempel blitt nevnt som velggitte objekter. Men her er meningene delt, og man vil gjerne høre tilråde den ytterste tilbakeholdenhet på dette

Egne erfaringer og opplegg.

LSD-25 har vært i bruk ved Modum Bads Nervesanatorium siden juni 1961. Etter en langsom start, der man prøvde seg frem til en viss rutine, er det nå kommet fart i prosessen, og stadig nye pasienter blir nå tatt opp til LSD-behandling.

Indikasjonsstillingen har hittil vært preget av den førnevnte tilbakeholdenhet. De som er blitt tatt ut til LSD-psykoterapi, har vært pasienter som man ellers ville ansett som umulig å hjelpe av psykotераapeutisk vei, i hvert fall innenfor en praktisk mulig tidsramme. Det har nettopp dreid seg om tvangsneuroser, karakterneuroser og alkoholmisbrukere. I alle tilfelle har det vært meget alvorlige lidelser, som regel av mange års varighet.

Pasienten blir først observert i noen uker, til dels betydelig lenger, før beslutningen om LSD-psykoterapi blir tatt. I denne tiden har terapeuten flere samtaler med pasienten, danner seg et grundig bilde av ham og sonderer spesielt hans terapeutiske motivering. Rorschachtest utføres rutinemessig, med oppmerksomheten særlig rettet mot indikasjoner på jeg-styrke. Utpreget jegsvake pasienter er man engstelig for å ta i LSD-psykoterapi, særlig hos pasienter med utpreget hysteriforme trekk. I hele nervesanatoriet, både pasienter og personale, er det i tiden levende opptatt av LSD, og det råder en viss entusiasme. Dette medfører at det som regel ikke er noen vansker med å få en pasient villig til LSD-psykoterapi. Lært om, det er stadig pågang av pasienter som spør hvorfor ikke de kan få slik behandling.

Den vanlige LSD-rutine er som følger: Pasientene må være seg uten neuroleptika på grunn av den antagoniserende virkning overfor LSD-25, og slik medikasjon blir seponert ca. 1 uke før LSD-terapien begynner. Om nødvendig kan de få hurtigvirkende barbiturater som sovemiddel.

LSD-dagen innledes med frokost til vanlig tid, hvorefter pasienten får sin LSD-dose kl. 08.30, enten per os eller subkutan. Det anvendte preparat (Delysid «San-») leveres i sterile ampuller à 1 ml = 100 gamma. Hvis pasienten tar det per os, får han det i et vanlig englass blandet opp med 20–30 ml destillert vann. Pasienten går så til sengs på sitt rom, og gardinene blir lukket for. Han ligger helt alene, medpasientene på rommet får strikt beskjed om å holde seg ute like til mid-

dag. Den eneste som besøker ham, er hans terapeut, som ser til ham med visse mellomrom, avhengig av behovet. Som regel blir det 3–5 besøk pr. seanse, av 5 til 60 minutters varighet. Pasienten informeres om at han når som helst kan ringe og be om kontakt med sin terapeut, og mange pasienter benytter seg av dette.

Som regel vil en annens nærvær virke hemmende på rusen. Men hvis pasienten lammes av angst, er også dette ødeleggende. Så hvis pasienten ønsker det, vil en sykesøster bli attasjert ham og sitte hos ham så lenge han har angst for å være alene. I flere tilfelle har da terapeuten alliert seg med en spesiell sykesøster, slik at disse 2 «deler terapien».

Ved 13-14-tiden er som regel rusen på retur eller helt over, og pasienten får middag. Hvis han da fremdeles har ubehagelige rusvirkninger, blir rusen avbrutt ved hjelp av klorpromazin eller klorprothixen. Men i de fleste tilfelle gis intet spesielt avbryttermiddel, men rusen får lov å klinge av spontant i løpet av ettermiddagen og kvelden. Pasienten kan da være oppe og sammen med andre, hvis han ønsker. Om kvelden får de fleste en ekstra sovedose, vanligvis klorprothixen 50 mg. Som regel sover pasientene meget godt denne natten.

Pasientene oppfordres til å skrive ned sine inntrykk, helst i løpet av den første tid etter rusen. Det er også forsøkt å la pasienten ha båndopptaker hos seg under rusen og la ham spille gjennom båndet etterpå, enten for seg selv eller sammen med terapeuten.

LSD-behandlingen gis 1 gang pr. uke. Mellom hver rus er det da forutsetningen at pasient og terapeut skal bearbeide og konsolidere det innvunne materiale. Hvor meget tid som skal investeres, varierer etter pasientens behov. I enkelte tilfelle får pasienten 1 time daglig, i andre 1 time pr. uke.

LSD-gruppe.

Denne artikkels forfatter har spesielt arbeidet med LSD-25 som adjuvans til intensiv gruppeterapi. Det opplegg som er fulgt, ligner meget på det som benyttes av Leuner på hans psykoterapiavdeling i Göttingen (7).

LSD-gruppen har bestått av fra 5 ned til 3 personer av begge kjønn, alle i LSD-behandling samtidig. De har fått sin ukentlige LSD-rus som ovenfor beskrevet, har ligget hver for seg, og terapeuten har gått fra rom til rom hele formiddagen og har da faktisk hatt «full dag» med dette. Etter middag og en times hvil har gruppen møttes kl. 15.30, mens pasientene fremdeles har vært i en tydelig ettervirkning. Gruppen har sittet sammen i 2 timer, så lang tid har syntes absolutt påkrevd. Hver og en har fremlagt sine ruserfaringer og kommentert dem, og dette har så vært gjenstand for en intens gruppebearbeidelse.

Etter gruppemøtet har deltagerne hatt «fri», men de har i sterk grad søkt hinannens kontakt og holdt sammen til sengetid. «Vi føler oss som et frimureri», var en karakteristisk bemerkning.

Neste morgen kl. 09.30 samledes gruppen på ny og fortsatte der den slapp. Dette gruppemøtet varte en og en halv time.

Denne gruppen representerte den viktigste psykoterapi disse pasientene fikk, ved siden av LSD-rusen og even-

tuelle samtaler med terapeuten under rusen. Ellers hadde hver pasient som regel 1 à 2 terapitimer pr. uke.

Det slående ved denne gruppen var den frihet hvormed deltagerne maktet å ta opp sin mest personlige og intime problematikk. Dette førte raskt til en sterk solidaritet og terapeutisk optimisme innen gruppen, noe som utvilsomt kom den til gode.

Man fikk det bestemte inntrykk at det var meget verdifullt å ha gruppemøtet mens deltagerne fremdeles var under LSD-påvirkning. Det fremkomne materiale var fremdeles ferskt og ble tatt opp med heftig emosjonelt engasjement. Assosiasjonene syntes å komme hurtigere og friere enn ellers, den affektive utlevning syntes mer uhindret.

Gruppen ble betraktet som lukket. Da dens 5 medlemmer var ferdig med sin LSD-terapi, ble den oppløst etter å ha eksistert i vel 4 måneder. Resultatene stimulerer imidlertid sterkt til fortsatt arbeid etter lignende retningslinjer.

Foreløpige resultater.

Pr. 10. mai 1962 er i alt 24 pasienter tatt opp til LSD-psykoterapi ved Modum Bads Nervesanatorium. Herav pågår for tiden 9 behandlinger, mens 15 er avsluttet.

Det er altfor tidlig på nåværende tidspunkt å slutte noe sikkert om behandlingsresultatene. For de flestes vedkommende er behandlingen avsluttet ganske nylig, hvilket vanskeliggjør vurderingen. Leuner fremhever sterkt at bedringen ofte fremkommer først ca. et halvt år etter avsluttet LSD-psykoterapi (7). På den annen side må man selvsagt regne med risikoen for residiv. Med disse reserverasjoner skal det her gis et lite omriss av det foreløpige materiale.

De 15 hvis LSD-terapi er avsluttet, består av 8 menn og 7 kvinner i alderen 25 til 49 år, gjennomsnittsalder 38 år. De har fått i alt 186 LSD-behandlinger, det vil si et gjennomsnitt på 12,4 pr. pasient. Minimumsdose har vært 10 gamma, maksimumsdose 600 gamma. Gjennomsnittsdosen blir 135 gamma.

10 av pasientene hadde karakterneurotiske lidelser, med eller uten alkoholmisbruk. 5 led av svær tvangsneurose.

Et foreløpig oppgjør viser at i alt 9 pasienter frembyr bedring av varierende grad (6 karakterneuroser, 3 tvangsneuroser). 3 må karakteriseres som uforandret, og i 3 tilfelle er det foreløpig umulig å utsi noe om utfallet. Av disse må 2 klassifiseres som «borderline cases».

Konklusjon.

LSD-25 er et uhyre interessant stoff, og det synes å by på store muligheter som psykoterapeutisk hjelpemiddel. Det virker i noen tilfelle utvilsomt løsnende og akseleerende på den psykoterapeutiske prosess. Men det forlanges gode ressurser hos pasienten, både med hensyn til intelligens og jegstyrke, for at han skal kunne dra nytte av LSD-terapien.

Våre erfaringer med LSD-terapi av «borderline cases» er ikke oppmuntrende. Ellers er de oppnådde resultater stimulerende, i enkelte tilfelle ganske frapperende, og fortsatt arbeid med LSD-25 synes absolutt berettiget. En vil imidlertid advare mot bruk av LSD-25 i privat praksis.

LSD as an adjunct to psychotherapy A preliminary report.

Ole Herman Robak, M. D.

The author makes a brief survey of LSD-25, its pharmacology and psychotropic effects, and its experimental use as an adjunct to intensive psychotherapy. The course of events during LSD-psychotherapy is described with emphasis on the possibility of accelerating the process of gaining insight. The indications for such therapy are outlined, and the author stresses the necessity of a certain amount of ego strength.

Finally the author describes his own experience with LSD-25, which has been in use on a trial basis at Modum Bads Nervesanatorium for one year. 24 patients have commenced treatment. The results are encouraging, but do not permit definite conclusions so far.

Litteratur:

1. Sandison, R. A., Spencer, A. M. & Whitelaw, J. D. A.: The therapeutic value of lysergic acid diethylamide in mental illness. *J. ment. Sci.* 1954, 100, 491.
2. Sandison, R. A. & Whitelaw, J. D. A.: Further studies on the therapeutic value of lysergic acid diethylamide in mental illness. *J. ment. Sci.* 1957, 103, 332—343.
3. Leuner, H.: Über psychopathologische Schlüsselfunktionen in der Modellpsychose. *Med. exp.* 1960, 2, 227—232.
4. Andersen, H.: Et års erfaring med LSD-behandling. *Nord. psykiat. T.* 1962, 16, 99—102.
5. Kristensen, Kjærbye, K.: LSD-behandling kombinert med parenteral Ritalinbehandling. *Nord. psykiat.* 1962, 16, 116.
6. Geert-Jørgensen, E.: *Ugeskr. Læg.* 1961, 123, 1452—
7. Leuner, H.: Personlig meddelelse.