

CASUÏSTISCHE MEDEDELINGEN

Een behandeling van een suïcidale patiënt met LSD-25

DOOR DR. F. VAN REE, TE BENNEBROEK (N. H.)

Wanneer men het *Farmacotherapeutische vademecum* van 1959, het *Geneeskundig jaarboek* van 1968 en de *Codex medicus* van dat zelfde jaar naslaat, vindt men niets vermeld over eventuele therapeutische toepassingen van LSD, of, zoals in de eerste twee werken, wordt het middel helemaal niet genoemd. Ook NIJDAM (1966) noemt dit middel niet in verband met de therapie. Het is bekend dat er vele bezwaren zijn tegen de toepassing van deze stof, en van pharmaca met soortgelijke werking. Ik noem er slechts enkele van, zoals:

1. Noodzakelijkheid, de patiënt op te nemen, of althans de nodige veiligheidsmaatregelen te nemen, ook nadat de eigenlijke (meestal 6 tot 8 uur durende) intoxicatie voorbij is.

2. De kans op langer durende psychosen, die soms zelfs moeilijk cureerbaar zijn, of deze nu beschouwd moeten worden als geprovoceerde, reeds dreigende psychosen, of niet.

3. De gevaren van verslaving, met eventueel de neiging, bij niet verkrijgbaar zijn van de gebruikte stof naar andere middelen te grijpen, waaronder mogelijk ook gewenning gevende, zoals opium, wekaminen, ether, alcohol, enz.

4. Het risico dat het gebruik van deze „verboden” middelen de patiënt de weg wijst naar minder sociaal aangepaste groeperingen.

5. Bij onvoldoende beveiliging de mogelijkheid van naderhand intredende depressies, met suïcidegevaar.

6. De zware eisen, gesteld aan therapeut en eventuele andere begeleiders (verplegenden) van de patiënt tijdens de intoxicatie, die dus langdurig is.

7. De risico's van genetische beschadigingen indien men het middel toepast bij jonge vrouwen.

Van meer onduidelijke aard zijn de bezwaren die gebaseerd zijn op overwegingen zoals het niet bewezen zijn van een gunstig therapeutisch effect. Het mag zo langzamerhand genoegzaam bekend worden verondersteld dat dit in feite geldt voor iedere langduriger psychiatrische behandeling, vooral wanneer men tracht, de bewijzen langs statistische weg te leveren. Wel moet gezegd worden dat de strijd over de therapeutische betekenis van LSD-25 een bijzonder groot aantal extreem tegengestelde meningen aan het licht brengt. Degenen die voorstanders van de toepassing zijn, hebben hiervoor verschillende argumenten, nl.:

1. Psychotherapie is meestal een zodanig langdurige, en daardoor voor de meeste mensen kostbare gelegenheid, dat elk middel om deze behandeling te verkorten moet worden aangegrepen. Zo past men soms chloordiazepoxyde (Librium) toe als adjuvans bij psychotherapieën, om remmingen, gebaseerd op angst e.d., wat te verminderen. LSD zou echter veel verdergaande effecten hebben in dit opzicht. Door intreden-

Samenvatting:

Beschrijving van een geslaagde behandeling met LSD-25 van een patiënt met zelfmoordneigingen die in een zeer ernstige mate reeds vele jaren hadden bestaan. De desbetreffende patiënt deed tevens mee aan diverse therapeutische activiteiten.

de desintegratie zouden allerlei verdrongen gebeurtenissen terugkeren in het bewustzijn en kunnen worden herbeleefd. Hierdoor zou men bijvoorbeeld een psychoanalyse kunnen verkorten. Ik ben van mening dat dit vooral het geval kan zijn bij tamelijk extroverte personen, die reageren met een hysteriforme psychose, zoals ik in 1964 beschreef.

2. Op grond van bovenstaande redenties wordt het dan ook toegepast bij „vastgelopen” analyses om deze door het naar boven komen van „nieuw materiaal” weer op gang te brengen.

3. Indien de patiënten inderdaad psychotraumatische ervaringen kunnen herbeleven, is er eventueel de ontspannende werking van de desnoods enige malen herhaalde catharsis.

4. Boven de hypnose, narco-analyse en kooldioxyde-inhalatiemethoden, waarbij vooral de tweede ook niet als geheel onschuldig mag worden aangemerkt, bestaat het voordeel dat er in de regel geen, of nauwelijks enige amnesie voor de ervaringen tijdens de intoxicatie is.

Over de methodiek, indicaties, en contra-indicaties vindt men o.a. in het werk van VAN PRAAG (1966) nadere gegevens. Persoonlijk pas ik het middel wegens genoemde tegenaanwijzingen zeer zelden toe. Ik behandelde in 8 jaar tijds slechts 7 patiënten met het middel, en wel „ingebd” in een reeds langer op gang zijnde psychotherapie. Ik raakte niet erg overtuigd, maar uiteraard is het moeilijk zich bij een dergelijk gering aantal patiënten een oordeel te vormen.

Enige jaren geleden kreeg ik echter een patiënt in consult te zien, die elders was opgenomen naar aanleiding van een zeer ernstige suïcidepoging.

De voorgeschiedenis luidde in het kort als volgt: De 25-jarige jonge man, de oudste uit een gezin van 5 kinderen, was na een gedeeltelijk voltioede academische opleiding werkzaam als vrij hoog geplaatste functionaris op technisch gebied. Hij was ten gevolge van zijn suïcidepoging met gas comateus geraakt en slechts bij toeval gevonden. Uit de correcte afwerking van allerlei zakelijke afspraken kort voor de door hem verwachte dood, inclusief de regelingen van testament en eigen begrafenis, bleek de grondige voorbereiding. Hij was zes maanden eerder uit behandeling ontslagen van een buitenlandse analyticus omdat na 6 jaar de behandeling was vastgelopen. Deze behandeling was o.a. begonnen wegens voortdurende klachten van depressieve aard. Een

jeugdliefde was op het 18e jaar beëindigd onder druk van een zeer dictatoriale vader. Eveneens onder diens invloed had de patiënt een technische loopbaan gekozen. Vader en moeder waren beiden mensen met grote intelligentie en eruditie, doch waren door de patiënt steeds beleefd als koude intellectuelen. Hij herinnerde zich o.a. hoe zijn hobby, vogels te houden, door de ouders als nutteloos tijdverspillen werd geridiculiseerd. Pogingen om te musiceren ondergingen, evenals schilderen — waarvoor de patiënt zeker talenten bezat — dezelfde kritiek en werden als gevolg daarvan door hem opgegeven. De patiënt was sinds de mislukte liefdesrelatie steeds wat eenzellig. Het liefst trok hij zich terug om te lezen. Soms ontwikkelden zich gevoelens van panische angst, wanneer hij het bestaan als zinledig ervoer. Hij speelde dan nogal eens met de gedachte aan zelfmoord en had eenmaal in zo'n toestand slaaptabletten ingenomen, echter in te geringe dosis om erdoor te overlijden. Over de analyse vertelde hij achteraf dat de voornaamste winst was geweest, dat de psychoanalyticus voor hem een goede vriend was, die hem grote steun gaf. Maar hij slaagde er niet in, meer plezier en zin in zijn werk te krijgen (hij werkte overigens regelmatig door); ook lukte het hem niet, relaties met vrienden of vriendinnen aan te knopen. Wel had hij zo nu en dan kortdurende contacten, doch deze verbrak hij weer met het argument dat het allemaal geen zin had. Men zou al spoedig merken hoe waardeloos hij eigenlijk was. Bovendien zou men wel begrijpen dat hij gevoelsmatig geen banden kon leggen. Hij gaf zichzelf toch nooit in zulke relaties.

De patiënt werd, omdat hij nog steeds suïcidale neigingen had, en bovendien nog maar kort ontwaakt was uit het coma, dat ongeveer een kwartier geduurd had, overgeplaatst naar het psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang te Bennebroek.

Bij zijn opneming zag ik een volstrekt helder bewuste patiënt, goed georiënteerd in alle kwaliteiten. Bij lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Het elektro-encefalogram was alleen kort na opneming licht irregulier, alhoewel de waargenomen voltages zo laag waren (hij was zeer gespannen) dat deze onregelmatigheden niet nauwkeurig omschreven konden worden. Elektro-encefalogrammen, kort vóór en enige maanden na de LSD-behandeling gemaakt, waren normaal. De routine-laboratoriumonderzoekingen leverden geen afwijkingen op; de lues-reacties waren negatief, de leverfunctieproeven gaven normale waarden te zien. De psychische afwijkingen waren als volgt weer te geven: de patiënt uitte op rustige, bijna kille manier de wens zich van kant te maken. Hij beschreef hoe hij zijn poging had uitgevoerd, en betuigde zijn leedwezen over het mislukken ervan. De nu door mij wat vormelijk gebrachte weergave brengt vrij nauwkeurig de wat gemaniëerde (niet theatrale) spreektrant van de patiënt naar voren. Aan kleine „signes”, zoals een tremor manuum, het soms verbeteren op eenklemmen van kaken e.d., kon men de spanning duidelijk waarnemen. Waanideeën of hallucinaties ontbraken. De gehele toestand werd gekarakteriseerd door een vormelijke, door en door correcte afwijking van iedere toenaderingspoging. De patiënt bleef star vasthouden aan bepaalde redenties, zoals: „Ik heb nergens plezier in. Vroeger was ik godsdienstig, maar ook dat betekende niets meer voor mij. Het werk dat ik doe, kan een ander evengoed doen, of beter. Mijn ouders komen, gezien hun geringe emotionele banden met mij, wel over mijn dood heen. Vrienden heb ik niet. Niemand heeft last van mijn dood. De broers en zusters zijn getrouwd of verloofd en die hadden toch al bijna geen contact meer met mij. Ik ben niet in het minst bang voor de dood en heb geen belangstelling voor het leven. Wie kan mij verplichten, verder te leven? Een analyse begin ik niet

weer. Dat heeft mijn gevoel niet teruggebracht. U kunt mij hier houden. Vroeg of laat zal ik er toch een eind aan maken. Laat U mij gaan dan doe ik het misschien eerder. Hier moet ik even tijd hebben om het te organiseren”!

In de eerste weken werd gepoogd deze afweer te doorbreken, vooral door een beroep te doen op zijn gevoel voor medepatiënten, therapeuten, verplegenden enz. Soms poogde ik door min of meer agressieve opmerkingen het kille masker open te breken. De patiënt, die bij psychologisch onderzoek zeer begaafd bleek te zijn (I.Q. volgens Terman-Merrill hoger dan 140), maakte van ieder gesprek een soort macaber schaakspel. Ieder pleidooi tegen de depressie werd door vaak bijna briljante dialectiek ontzenuwd. Er bestond geen melancholia anaesthetica. De patiënt was nietgeremd; depressies kwamen niet in de familie voor; er waren geen vitale klachten; er bestond geen dagschommeling enz. Trachtte men wat meer in te haken via psychoanalytische duidingen, dan toonde hij zich een meester in het hanteren van duidingen en tegenduidingen. Zulke pogingen liepen uit op een soort analytisch onderwijs, gegeven door de patiënt. In groepstherapie opgenomen bleef hij slechts welwillend toehoren. Schizofrene kenmerken werden niet gevonden. Er was nimmer een spoor van incoherentie; er waren geen Sperrungen enz. De toestand van deze patiënt baarde mij grote zorgen. Via een broer wist ik op zekere dag, ongeveer 2 maanden na opneming toen de toestand nog onveranderd was, de hand te leggen op een vroeger door de patiënt gemaakte tekening. Er stond een zeer gevoelige weergave van een boom op, ongeveer in de stijl van oude Japanse prenten. De achtergrond was met waterverf in pasteltinten gekleurd. Toen ik de patiënt de tekening toonde en er met hem over sprak, zei hij: „Vroeger deden zulke dingen mij wat, nu raken ze mij in het geheel niet, dat zal wel met mijn toestand te maken hebben.” Deze opmerking vormde de aanleiding voor de keuze van de therapie.

Het is bekend hoe LSD-intoxicaties juist visuele percepties veel sterkere belevingswaarde kunnen geven. Kleuren kunnen zeer intens worden; gezichten van „toeschouwers” krijgen dikwijls karikaturale expressies. Ook ondervinden de geïntoxiceerden de relaties met de anderen vaak als veel betekenisvoller.

In mijn dissertatie (1964) heb ik destijds getracht, een verband aan te tonen tussen bepaalde prepsychotische persoonlijkheidskenmerken en de vorm van de reacties op LSD-25-intoxicatie. Hoewel ik wees op invloeden van het milieu waarin de intoxicatie wordt ondergaan, o.a. verandering van de verlichting, wisseling van omgeving enz., heb ik daar toen weinig (te weinig) nadruk op gelegd. Ik beschreef hoe er bij iedere proefpersoon schommelingen in het toestandsbeeld konden zijn. De meest extroverten hadden schommelingen van maniforme naar hysteriforme psychosen. Bij de meest introverte proefpersonen waren er schommelingen tussen schizofreniforme psychosen en op degeneratiepsychosen lijkende toestanden. Inmiddels is het duidelijk geworden dat deze wisselingen zeker goeddeels afhankelijk zijn van het milieu, waaronder ook begrepen de houding van de waarnemer of therapeut.

De patiënt zou ik, mogelijk op wat ouderwetse wijze, hebben willen diagnostiseren als een schizoïde neuroticus, met een ernstige (neurotische) depressie. Ik kreeg de indruk dat hij door zijn intellectualistische houding als het ware zijn gevoelsleven volledig onderdrukte. Iedere opkomende emotie redeneerde hij onmiddellijk stuk. Hij stond zich, mede dank zij zijn opvoeding, geen gevoel toe. De analyse scheen helaas mislukt doordat de patiënt zich als het ware alle bekende afweermechanismen bewust was geworden en deze als

nieuwe wapens tegen zijn gevoelsleven was gaan hanteren. Typische redenaties van de patiënt waren bijvoorbeeld: „U zult moeten toegeven dat ik een neuroticus ben. Zolang ik neurotisch ben, is het aangaan van vrienden- en liefdesrelaties een riskante onderneming, want de partnerkeuze zal dan waarschijnlijk neurotisch gemotiveerd zijn. Dus kan ik maar beter alleen blijven. Maar daar heeft niemand wat aan. Daarom kan ik er beter een einde aan maken.”

Ik vroeg de patiënt toestemming, een LSD-behandeling te beginnen. Hoewel hij zei, het nut hiervan sterk te betwijfelen, wilde hij wel meewerken. De patiënt is toen in 6 weken tijd vijfmaal behandeld met telkens 100 µg LSD per os. De therapie vond driemaal plaats in het ziekenhuis, later 2 maal in mijn woning, dicht bij het hospitaal gelegen, zodat ik hem persoonlijk kon terugbrengen. De behandelingen begonnen om 5 uur 's middags omdat er dan schemering heerste, of zelfs duisternis, en omdat het bovendien overdag wegens andere werkzaamheden voor mij niet mogelijk was. De patiënt nam de LSD om 4.30 uur in; om 5 uur voegde ik mij bij hem, tot 10 uur 's avonds, waarna hij 50 mg Largactil kreeg en in het ziekenhuis ging slapen. De kamer in het ziekenhuis waarin de behandeling plaatsvond, had ik door de patiënt, samen met een creatief therapeut, min of meer laten meubileren en verlichten naar wens. Ik had hem uitgelegd dat de behandeling bedoeld was om door reactivering en versterking van de gevoelsmatige belevingen de intellectuele weerstand te doorbreken. Wij hadden inmiddels enige van zijn vroegere tekeningen laten komen, waarvan de patiënt zich herinnerde dat ze in de tijd vóór zijn ziekte veel voor hem betekenden. Tijdens de eerste intoxicatie wist hij lange tijd, door steeds weer intellectuele gesprekken te beginnen, de desintegratieneging in bedwang te houden. Doch toen ik hem bleef vragen, de visionele stoornissen te beschrijven, en hem een van zijn tekeningen voorhield, kwam er tenslotte vrij plotseling een verandering. Er kwam een andere expressie op zijn gezicht; van een star vormelijk masker via verwondering naar blijheid. Toen zei hij: „Ja, het is toch eigenlijk wel verdomd mooi”. Geleidelijkaan stond hij zich weer gevoelens zoals deze toe. De volgende dagen werden gesprekken hierover gevoerd. Na enige tijd werd besloten dat hij nu in de creatieve therapie geplaatst zou worden om daar tekeningen te maken die hem geschikt leken om deze gevoelens te wekken. Soms probeerde hij weer, ook na de LSD-behandeling, de gesprekken te gaan verintellectualiseren, doch deze verschijnselen werden na iedere behandeling minder. In de groepsbesprekingen, samen met anderen, herkende hij bepaalde van zijn eigen stoornissen (m.i. vaak ten onrechte) in sommige van zijn medepatiënten. Toen het herfst werd en de kleuren in het bos bijzonder mooi waren, werd hij in de boswerkzaamheden ingeschakeld. Geleidelijk voltrok zich een grote verandering. In een van de gesprekken vertelde hij, alsnog een parabiologische beroepsopleiding te gaan volgen. Hij begon deze reeds 4 maanden na opnemings, in de vorm van een schriftelijke cursus. Na 5 maanden werd hij ontslagen uit het ziekenhuis. Thans, ruim 2 jaar later, heeft hij zijn opleiding voltooid; hij schreef mij dat alles naar wens verliep. Hij had de ouderlijke woning verlaten en een goede baan gevonden.

Kort geleden schreef hij over zijn behandeling: „Ik heb bijzonder veel werkzin gekregen, met veel gespreide belangstelling; ik lees weer veel en benut mijn vrije tijd zinvol. Ik heb geen depressies of sombere buien meer gehad. Nog dagelijks kijk ik met genoegen terug op mijn ervaringen met LSD. Ik heb er een groter gevoel van relativiteit door gekregen. Ik ga speelser om met materie en situaties, en voel mij zelfverzekerder. Ook in mijn praktische werk is door LSD alles anders geworden. De „dode materie” is voor mij gaan leven, en ik merk met voldoening dat ik er nog mee kan omgaan ook. Heel aardig had ik dat gevoel bij het smeden, iets volledig nieuws voor mij. Ik ben daar nu als hobby aan begonnen. Vroeger zou dat voor mij zeker „dood ijzer” zijn geweest; nu volg ik de „beweging” bij het roodgloeiend worden, ik laat de materie „zijn gang gaan”. Het vormt haast uit zichzelf de gewenste figuren. Een wat romantische beschrijving misschien, maar ik voel het als een waardevolle verandering van visie op de dingen. Ze worden er boeiender door en geven meer voldoening.”

Ik ben er mij volkomen van bewust, dat dit geval zeker niet beschouwd mag worden enige bewijskracht te bezitten voor de therapeutische waarde van LSD. Er zijn vele jaren analytische behandeling gegeven; de patiënt deed mee aan diverse andere therapeutische activiteiten, en onderging zeker ook psychotherapie tijdens de „LSD-kuur”. Desalniettemin kreeg ik sterk de indruk, dat de belevingsintensiverende werking, uitgaande van de LSD ook van invloed is geweest. Het geval leek mij de moeite van het vermelden waard; mede omdat het hier een zeer ernstige, reeds vele jaren bestaande stoornis betrof, en omdat het mogelijk enigszins kan verduidelijken dat bepaalde gevoelsstoornissen wellicht gunstig door LSD-behandeling kunnen worden beïnvloed.

Summary:

LSD-25 in the treatment of a patient with suicidal tendencies. — A report is presented of the successful treatment with LSD-25 of a patient with suicidal tendencies which had been present in a very severe form for many years. The patient in question also began to participate in various therapeutic activities.

Literatuur:

- NIJDAM, S. J. (1966) *Ervaringen met moderne psychopharmaca*. Mouton & Co., Den Haag.
 PRAAG, H. M. VAN (1966) *Psychopharmaca*. Van Gorcum & Comp. N.V., Assen.
 REE, F. VAN (1963) Ervaringen met chloordiazepoxyde (Librium) bij ambulante psychiatrische patiënten. *Geneesk. Gids* 41, 520; (1964) *Een experimenteel psychopathologisch onderzoek van de reacties op L.S.D. 25*. Proefschrift Amsterdam; (1968) Gewoontevorming, verslaving en gewenning bij gebruik van alcohol, marihuana, LSD. *Ned. T. Geneesk.* 112, 707.

Februari 1969