

LSJ_717 (PSI)

LUISA G. DE ÁLVAREZ DE TOLEDO

SINTESIS INFORMATIVA
SOBRE LSD 25 Y
PSICOTERAPIA

Separata de la
REVISTA DE PSICOANÁLISIS
Tomo XVI — JULIO-SEPTIEMBRE de 1959

BUENOS AIRES

LUISA G. DE ÁLVAREZ DE TOLEDO

SINTESIS INFORMATIVA
SOBRE LSD 25 Y
PSICOTERAPIA

Separata de la
REVISTA DE PSICOANÁLISIS
Tomo XVI — JULIO-SEPTIEMBRE de 1959

BUENOS AIRES

A C T U A L I Z A C I O N E S

SÍNTESIS INFORMATIVA SOBRE LSD 25 Y PSICOTERAPIA

por LUISA G. DE ALVAREZ DE TOLEDO

Desde hace siglos son conocidas las propiedades alucinógenas de la mescalina* y la psilocibina**. La ingestión del peyote y de "hongos mágicos" se realizaban con fines adivinatorios en rituales religiosos. Cuando incluían finalidades terapéuticas, el curandero, bajo la acción de la droga, obtenía el diagnóstico, pronóstico e indicaciones para el tratamiento de las enfermedades. "Es probable que estas drogas tuvieran desde hace mucho tiempo cierta reputación en el tratamiento de las enfermedades mentales, pero en general su acción era poco comprendida por los terapeutas razonables, que las consideraban con desconfianza" [1].

A mediados del siglo XX Moreau de Tours insistió sobre la utilización de ciertas drogas para explorar la personalidad. Destacaba el valor de la autoexperiencia por parte del psiquiatra, como una forma de adquirir conocimientos acerca de los fenómenos de la enfermedad mental. Desde entonces se realizaron investigaciones con hashish, éter, alcohol, cocaína. Freud en 1889 observó que la acción euforizante de la cocaína se debía a un sentimiento de omnipotencia que aparece gracias a la anulación de toda causa depresiva, habiendo una exaltación del sentimiento normal de bienestar [2].

A partir de 1895 comienzan a realizarse autoexperiencias con mescalina***. Rontier en 1926, después de realizar experiencias personales considera a esta droga como un posible medio de investigación psicoanalítica. Pero el interés de los primeros trabajos sobre mescalina fué debido a la curiosidad provocada por su origen exótico y a las visiones fascinantes que producía. Esto dió lugar a estudios más bien literarios, que relataban experiencias personales. Beringer [3], en 1927, publicó un extenso estudio sobre los efectos de la mescalina. Mayer Gross 1930, Henry Hey 1930, experimentan con la droga.

En 1938 A. Stoll y A. Hoffmann sintetizan la dietilamida del ácido lisérgico. El LSD 25 es un producto sintético que proviene en último término del cornezuelo de centeno. Esta droga atrajo una atención particular en 1943 cuando A. Hoffmann, estimulado por una intoxicación casual en su laboratorio, descubrió las cualidades psicotrópicas de esta droga. Desde entonces y basándose en la posibilidad de crear una psicosis exógena controlada, con una cantidad mínima de droga, el LSD 25 se utilizó en psiquiatría experimental y en investigaciones de psicopatología, farmacología y clínica, existiendo una extensa bibliografía mundial en este sentido.

* La mescalina, principio activo psicotrópico del peyote fué aislada e identificada por Heffter en 1896.

** La psilocibina, principio activo psicotrópico del *Psilocybe Mexicana* Heim Agorico alucinógeno de México, aislado por A. Hoffmann, 1958.

*** Prentis y Morgan, 1895; Weir Mitchell-Havelock Ellis, 1896; Sero, 1913.

Los efectos producidos por la droga dejaban apreciar especiales posibilidades para el diagnóstico y tratamiento. En este último aspecto, es decir, desde el punto de vista de su valor en psicoterapia, las primeras publicaciones son de Busch y Johnson [4], luego Friederking [5], Sandinson [6], Abramson [7], Savage [8], Hoch [9], quienes realizaron con distintas técnicas el tratamiento psicoterapéutico del paciente bajo la acción del ácido lisérgico.

En 1955, en mesa redonda, se consideró el LSD 25 y la mescalina en psiquiatría experimental [10]. En 1957, en el Segundo Congreso Internacional de Psiquiatría en Zúrich, el estudio de las psicosis experimentales y la terapéutica con LSD 25 fué especialmente considerada. En nuestro país Sauri y Onorato [1] y Alberto Tallaferró [12] publicaron sus experiencias con mescalina y ácido lisérgico destacando el valor de su empleo en psicoterapia. En 1957 conjuntamente con A. Fontana y Pérez Morales, presentamos en la Asociación Psicoanalítica Argentina un trabajo sobre "Psicoanálisis y dietilamina del ácido lisérgico (LSD 25). Fundamentos para una técnica terapéutica combinada" [13]. M. Abadi, en dos trabajos [14], relata experiencias obtenidas con la droga.

En el año 1957 se dan a conocer observaciones sobre la acción de la droga en experiencias colectivas y en psicoterapia de grupo [15].

La mayoría de los investigadores que están estudiando los efectos del LSD 25 en neuróticos y psicóticos, están de acuerdo acerca de las posibilidades que ofrece la droga a la investigación psicoanalítica y por lo tanto, a la terapéutica. También concuerdan en la necesidad de realizar autoexperiencias para lograr una mejor comprensión de los fenómenos que luego observarán en los pacientes y enfatizan la necesidad de realizar estos tratamientos en un medio adecuado ya que, bajo la acción de la droga, los pacientes son potencialmente peligrosos para sí mismos y para los demás.

La introducción del LSD 25 en el organismo produce un estado, que según los autores, ha recibido diversas denominaciones: psicosis exógena, psicosis aguda, psicosis artificial, psicosis experimental, psicosis temporal, psicosis inducida.

Digamos desde ya que si bien la experiencia varía cada vez y en cada sujeto, fundamentalmente sucede o tiende a suceder en todos lo mismo: una regresión profunda de la libido a niveles prenatales de vida, que es vivida como desintegración y muerte, seguida de una progresión de la libido que se vive como un renacimiento. Estas vivencias se repiten efíclamente durante la experiencia expresándose con mayor o menor claridad. El movimiento libidinoso de regresión y progresión se expresa en la actuación total, en vivencias somáticas, en pseudo alucinaciones, alucinaciones y dramatizaciones de parto, nacimiento y muerte. En diversas imágenes surgen las fantasías y los recuerdos del paciente. Las situaciones traumáticas o episodios de la vida de especial valor afectivo se presentan nuevamente aun cuando en el análisis hubieran sido recordadas, elaboradas e integradas en la situación total. Estos episodios suelen en ocasiones recordarse primero por medio de la dramatización, sin que ésta vaya acompañada de las representaciones mentales correspondientes. Este resurgimiento de situaciones, que habían sido vistas y valoradas adecuadamente en el análisis y que aparecían con tanta intensidad durante la sesión con LSD 25, posiblemente se deba a la retención de cargas libidinosas que habrían quedado aisladas en el cuerpo, llevando, por lo tanto, a la actuación y a la repetición como si más allá del fenómeno de conversión hubiera una memoria corporal* [16].

El LSD 25 lleva al paciente a un estado de regresión (prenatal), en el que

* "Cada rigidez muscular contiene la historia y el significado de su origen". Reich Wilhem.

tiene vivencias oceánicas de identidad con el analista, con el cosmos, sintiéndose en la cúspide de la omnipotencia, más allá del cuerpo y del espacio. En esta situación el paciente vive al analista como al objeto que lo contiene, y simultáneamente, como al sujeto mismo. Estas vivencias omnipotentes expresan todo lo contrario: la absoluta dependencia del feto en relación con la madre, mundo incontrolable que lo crea y mantiene. Durante las sesiones con LSD 25 esta situación (omnipotencia y dependencia extrema), se expresan por la aparente presencia que hace el paciente del analista, a quien, por otra parte y simultáneamente, va confundiendo con el diván, con la manta que lo tapa, con él mismo.

La interpretación de estas fantasías, las vivencias de muerte que producen, y la regresión (por desconexión con el objeto real, el analista), llevan a la búsqueda de contacto, y se produce, en consecuencia, la externalización del mundo interno del paciente. El analista y aquello que lo rodea adquiere existencia al ser cubierto con el mundo interno de aquél, que al externalizarse, llena los objetos de color, calor, afecto e imágenes. Cíclicamente, el paciente "se confunde" con el analista y se defiende de esta situación desconectándose. Progresivamente va reconociendo como propias las imágenes que coloca en el analista y en las cosas. La desconexión es vivida en forma muy concreta como muerte y destrucción. Por otra parte, la aparente conexión es una fusión y esto trae el temor a perder la individualidad.

La externalización progresiva de los distintos objetos que van siendo reconocidos como parte del yo, hace que, finalmente, el paciente vea al analista como su doble y que sienta que él es el analista. La externalización de los objetos persecutorios e idealizados y su reconocimiento como partes del yo, hace que el paciente pase de las ansiedades paranoides a las depresivas. Las interpretaciones y la prueba de la realidad consiguen que el analista sea visto como una persona distinta, es decir, como un desconocido. El paciente se desconecta entonces, retornando a su mente o a su cuerpo que ocupan el lugar del analista incontrolable.

Durante el curso de la experiencia el paciente expresa y realiza sus fantasías por medio de la dramatización, de imágenes sensoriomotoras visuales y finalmente verbales. Aun cuando éste haya hablado en el transcurso de la sesión, puede decirse que recién verbaliza cuando logra conectarse con el analista como tal, no como un objeto interno.

En cuanto a los síntomas que provoca la droga, han sido descritos como inherentes a ella. Sería más adecuado, como lo han señalado varios investigadores y según nuestro propio criterio, referirnos a la acción de la experiencia sobre el sujeto, ya que estos síntomas son muy variables y están en función de la persona tratada y de su historia particular hasta ese momento. Puede decirse que el efecto de la droga comienza en el mismo momento en que el paciente decide tomarla; trata de decir en el análisis lo que no dijo hasta ese momento, para que no salga fuera de su control. De esa manera intenta adelantarse a la experiencia para poder controlarla de antemano. El temor fundamental es el temor a lo desconocido y por lo tanto a lo incontrolable, a lo que pueda suceder. Entre los primeros síntomas después de la ingestión de la droga, hemos observado, prácticamente en todos los casos, la pérdida de control en la motilidad de las manos y piernas, la agudeza con que comienzan a percibirse los estímulos auditivos y visuales. Los colores se hacen más brillantes; las formas y los relieves de los objetos se destacan con mayor intensidad. En algunos casos, especialmente en las primeras experiencias, hay sialorrea, náuseas y sensación de mareo. Estos síntomas están en relación con el miedo a la misma. A ello debemos agregar la ansiedad específica del sujeto. Luego, los síntomas disminuyen a medida que el temor se hace consciente. Los objetos que rodean al paciente varían de tamaño, haciéndose más grandes o más pequeños.

El aplanamiento y la pérdida del volumen de las cosas y luego su recuperación indican durante la experiencia la desconexión y conexión del sujeto con el objeto, con su propio cuerpo y con el mundo. A medida que la droga va surtiendo efecto, aparece como consecuencia de la regresión angustia de muerte. El paciente suele tener la convicción de que se está muriendo. El comprobar que esto no es real le permite sumirse poco a poco en su mundo interno en un reencuentro con arcaicos objetos placenteros o displacientes, que estarán representados por su propio cuerpo o por la mente y sus imágenes. El cuerpo se va relajando cada vez más; los recuerdos ligados a representaciones surgen como unidad psicosomática. El esquema del cuerpo se modifica de acuerdo a la época a que corresponde una vivencia. La percepción del transcurso del tiempo se modifica durante la experiencia. A medida que el sujeto se hunde en su mundo interior, el tiempo transcurre de acuerdo con la cantidad y la velocidad de las imágenes y vivencias que se producen y suceden. Los pacientes creen, por ejemplo, que han pasado muchas horas porque han vivenciado largo períodos de su vida. Cuando en la experiencia el sujeto llega a la fusión total con el objeto (vivencia oceánica), se siente sin cuerpo, sin mente, idéntico con el cosmos, abarcando el tiempo, porque si no hay distancia entre el sujeto y el objeto, no hay tiempo. Los pacientes se conectan verbalmente con las mismas características que presentan en el análisis, pero intensificadas. Por otra parte, la velocidad con que se suceden las imágenes y las vivencias, crean la imposibilidad de comunicarlas.

Al establecerse la conexión con el analista, el frío que se ha sentido hasta entonces, desaparece y el paciente comienza a sentir calor, abre los ojos y ve los colores con especial intensidad.

Por otra parte, el uso del LSD 25 ha permitido a los que trabajan con él, confirmar las concepciones de algunos psicoanalistas, por ejemplo del Dr. Arnaldo Rascovsky respecto al psiquismo fetal y la fantasía de regresión intrauterina; así también se ha observado cómo esta fantasía, verdadero mecanismo defensivo, subyace en toda neurosis y psicosis. La teoría del Dr. Garma con respecto al origen de la úlcera también ha tenido una confirmación casi experimental.

Esto no es más que un resumen de algunos de los aspectos que hemos podido observar en las sesiones individuales y de grupo con LSD 25. Quiero subrayar que, evidentemente, dadas sus características especiales, los mecanismos de identificación proyectiva se ven casi dramáticamente en los grupos, donde hay más probabilidades de externalizar cualquier fantasía reprimida.

En casi tres años de trabajo, podemos decir por último, que los resultados de terapéutica combinada, el LSD 25 y el psicoanálisis, son tan alentadores como para pensar que realmente hemos conseguido un medio para poder acelerar y profundizar el conocimiento de nuestros pacientes y de nosotros mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] SANDINSON: *Proceedings of the Round Table on lysergic acid diethylamide and Mescaline in experimental psychiatry*, American Psychiatric Association, Atlantic City, N. Jersey, May 1955, Grune & Stratton, N. York and London.
- [2] PICHON RIVIÈRE, E.: *Rev. de Psicoanálisis*, t. V, nº 4, 1948.
- [3] BERINGER: *Der Mescalinnruseh*, Minogr., Neural. P. Prinschiel, ps. 1-315, 1927.
- [4] BUSCH, A. K.; JOHNSON, W. C.: *Dis Nerv. System*, 11, 241 (1950).
- [5] FRIEDERKING, W.: *Intoxicant drugs (mescaline and lysergic acid diethylamide) in psychotherapy*, J. Nerv. Ment. Dis., 121, 262 (1955).
- [6] SANDINSON, R. A.: *Psychological aspects of the LSD treatment of the neuroses*, J. ment. Sci., 100, 508 (1954).

- *The clinical uses of lysergic acid diethylamide*, Grune & Stratton, New York, London 1956, p. 27.
- [7] ABRAMSON, H. A.: *Lysergic acid diethylamide (LSD-25): XXII. Effect on transference*, *J. Psychol.*, 42, 51 (1956).
- *Some observations on normal volunteers and patients*, Grune & Stratton, New York, London 1956, p. 51.
- *Verbatim recording and transference studies with lysergic acid diethylamide (LSD-25)*, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 125, 444-450 (1957).
- *The stablemate concept of therapy as affected by LSD in schizophrenia*, *J. Psychol.*, 45, 75-84 (1958).
- [8] SAVAGE, C.: *Lysergic acid diethylamide (LSD-25): a clinical-psychological study*, *Amer. J. Psychiat.*, 108, 896 (1952).
- *The LSD psychosis as a transaction between the psychiatrist and patient*, (From *Lysergic acid diethylamide and mescaline in experimental psychiatry*), Grune & Stratton, New York, London 1956, p. 35.
- *Variations of ego feeling induced by d-lysergic acid diethylamide (LSD-25)*, *Psychoanal. Rev.*, 42, 1 (1955).
- *The resolution and subsequent remobilization of resistance by LSD in psychotherapy*, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 125, 434-437 (1957).
- [9] HOCH, P. H.: *Remarks on LSD and mescaline*, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 125, 442-444 (1957).
- *The problem of schizophrenia in the light of experimental psychiatry*, Grune & Stratton, New York, London 1957, ps. 205-217.
- *Psychoses producing and psychoses-relieving drugs*, *Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis.*, N. Y. 36, 335-346 (1958).
- [10] Mencionado en nota nº 1.
- [11] SAUEL, J. y ONORATO, A.: *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 1955, 1; 6: 469.
- [12] TALLAFERRO, A.: *Mescalina y LSD-25. Experiencias, valor terapéutico en Psiquiatría*, Librería Jurídica de V. Abellado, Buenos Aires, 1956.
- [13] Este trabajo ha sido publicado parcialmente en *Act. Neuropsiqui. Argentinas, Psicoanálisis y dietilamida del ácido lisérgico*, *Acta Neuropsiquiat. Argentinas*, 1958, 428.
- [14] ARADI, M.: *Experiencias con ácido lisérgico*, Soc. Psicol. Méd., Psicoan. y Med. Psicosomát. de la Asoc. Med. Arg., Buenos Aires, julio 1958.
- *Fantasías previas a la aplicación del ácido lisérgico*, Soc. Psicol. Med. Psicoan. y Med. Psicosomát. de la Asoc. Med. Arg., mayo 1959.
- [15] Primer Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo (Bs. As.) 1957: *Psicoterapia de grupo y dietilamida del ácido lisérgico*, L. G. DE ALVAREZ DE TOLEDO, A. PONTANA y P. PÉREZ MORALES. *Acta Neuropsiquiat. Argentina*, vol. 4, julio-setiembre 1958.
- *Observaciones sobre las drogas alucinógenas: experiencias colectivas*, A. TALLAFERRO y C. TRALDI.
- *Lysergic acid diethylamide (LSD-25): XII. A preliminary statement of its effects upon interpersonal communication*; LENNARD, H.; JARVIK, M. E.; ABRAMSON, H. A. J.; *Psychol.*, 41, 185 (1956).
- *The effect of group administration upon symptom formation under LSD*; P. E. SLATER; MORIMOTO, K.; HYDE, R. W. J.; *Nerv. Ment. Dis.*, 125, 312-315 (1957).
- [16] REICH WILHEM: *Function of the orgasm* (1942).

