

Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Milano
Direttore: Prof. G. GASTALDI

B. MANZINI

9597

A. SARAVALLI

L'intossicazione sperimentale da Lsd ed i suoi rapporti con la schizofrenia

**Osservazioni su due casi di confine tra nevrosi e schizofrenia
trattati con somministrazioni ripetute di Lsd.**

La ricerca di farmaci capaci di agire sulla psiche umana risale, si può dire, alla preistoria della medicina. Dall'elleboro nero e dalle altre sostanze che la natura ha offerto al farmacologo, siamo giunti oggi ad una gamma sempre più vasta di prodotti di sintesi che hanno aperto orizzonti promettenti alla terapia delle malattie mentali. Accanto a veri e propri farmaci la chimica moderna ci ha fornito sostanze, come la mescalina e la dietilamide dell'acido lisergico, capaci di provocare alterazioni psichiche sperimentali, e si è così prospettato un nuovo ed interessante campo di studio per lo psichiatra (*).

Di queste nuove sostanze psicotomimetiche particolarmente interessante risulta la dietilamide dell'acido lisergico (Lsd) che ha costituito argomento oltre che per indagini di carattere clinico anche per numerose ricerche biochimiche e farmacologiche.

Taluni AA. (*Rinkel e Coll.*), basandosi su alcuni aspetti della sindrome da Lsd o su alcuni risultati di prove di laboratorio (*Woolley e Shaw*) considerano questa sostanza in grado di riprodurre fedelmente sindromi psichiatriche note, in particolare schizo-

(*) Le sostanze in grado di produrre psicosi sperimentali o psicosi modello sono alquanto numerose (mescalina, Lsd, bulbocapnina, bufotenina, Lae, etc.) e diverse per origine, struttura chimica e modo di agire a livello mentale. I ricercatori le hanno qualificate con vari attributi: allucinogene, eidetiche, fantastiche, etc., intendendo porre l'accento sui sintomi fondamentali da esse provocati. Naturalmente si sono create spesso denominazioni imprecise. Tale è ad esempio il termine molto in voga di sostanze "psicomimetiche" che è troppo vago e richiama una fenomenologia psichica che può svolgersi nell'ambito della pura normalità. Pure da scartarsi è la denominazione di psicofarmaci perchè non di farmaci si tratta ma di sostanze tossiche che non hanno trovato finora un impiego incerto in terapia. Azzardata ci sembra la qualifica di sostanze schizogene perchè presuppone un'azione troppo specifica che non è sufficientemente dimostrata, ed è stato proprio l'insistere su questo termine che ci ha dato lo spunto per questo lavoro. A noi pare più appropriato indicare queste sostanze col termine di "psicotomimetiche" o "psichiotossiche" o "psicodislettiche" (*Delay*) che esprime in modo corretto, seppure generico, la loro capacità di provocare alterazioni psichiche di tipo patologico.

freniche, ed hanno per analogia avanzato l'ipotesi che la Lsd o composti equivalenti intervengano nel metabolismo delle malattie mentali.

Su questo punto però non vi è assolutamente accordo tra i vari ricercatori come è emerso chiaramente anche al I° Congresso Internazionale di Neuropsicofarmacologia, tenutosi a Roma nel settembre del 1958, perchè altri AA., tra cui *Bleuler*, negano recisamente che i disturbi psichici provocati dalla Lsd siano di tipo schizofrenico.

Ci è parso quindi di un certo interesse condurre un'analisi fenomenologica e psicopatologica della sindrome lisergica con lo scopo di individuare gli eventuali elementi di contatto o di contrasto che essa presenti nei riguardi della schizofrenia.

La sindrome da Lsd

La sperimentazione con Lsd è stata condotta su soggetti normali (*Rinkel e Coll., Cargnello e Lukinovich, Sogliani*, ecc.) (*), nevrotici (*Delay, Frederking, Giberti e Coll.*, etc.), psicotici (*Rinkel e Coll., Hoch e Coll., Sanguineti e Coll., Callieri e Ravetta, Delay*), epilettici (*Sanguineti e Coll.*, ecc.), alcoolisti, frenastenici, ecc., per lo più con singole somministrazioni, e la gran parte delle osservazioni riguarda quindi l'intossicazione lisergica acuta. Le variazioni del quadro fenomenologico dovute al dosaggio o alla via di somministrazione sono state più volte prese in esame. Per quanto riguarda il dosaggio vi è un'estrema variabilità nella sensibilità individuale alla Lsd, non riconducibile a precise condizioni: si è solamente accertato che gli schizofrenici dimostrano nei confronti di questa sostanza una tollerabilità particolarmente elevata.

Riguardo alla via d'introduzione si osserva solo una minor latenza nella somministrazione per via endovenosa rispetto a quella orale.

Più rare sono state le ricerche condotte mediante somministrazioni ripetute di Lsd e osservazione prolungata dei soggetti (*Savage, Sandison, Sogliani e Sagripanti*).

Il quadro psichico provocato dalla Lsd nei più disparati gruppi di soggetti è, secondo l'opinione concorde degli Autori, sostanzialmente sovrapponibile. Ma è nostra impressione che, spesso, nel valutare gli effetti della Lsd somministrata a individui già psichi-

(*) Dato il gran numero di lavori sull'argomento, citiamo solo le pubblicazioni più recenti nelle quali il lettore potrà reperire la bibliografia precedente.

camente alterati, si sia trascurato di tenere conto dei rapporti tra il quadro sindromico osservato e le condizioni psico-patologiche di base dei soggetti. Siamo quindi d'accordo con *Cargnello e Lukinovich* nel ritenere che per uno studio psico-patologico valido degli effetti della Lsd, la sperimentazione vada condotta anzitutto su soggetti normali, nei quali, ovviamente, la sindrome si presenta allo stato più puro, e può essere ricondotta totalmente all'effetto della sostanza somministrata.

Per gli scopi del nostro lavoro pensiamo sia utile riassumere brevemente gli effetti provocati dalla Lsd nel normale e nello schizofrenico.

La sindrome prodotta dalla Lsd nel normale

Trascorso il periodo di latenza che, come abbiamo accennato, varia in rapporto alla via d'introduzione, compaiono alcuni sintomi soggettivi (senso di malessere, di disagio, di astenia, cefalea, vertigini, ecc.) accompagnati da fenomeni neuro-vegetativi di cui i più costanti sono la midriasi e la sudorazione. Altri sintomi vegetativi che si osservano in certi casi (tachicardia, piloerezione, lieve ipertermia), sono principalmente espressione di una eccitazione simpatica per cui sembra di poter affermare che la Lsd agisce sul sistema nervoso vegetativo prevalentemente in senso simpaticomimetico.

Seguono quindi i fenomeni psichici con esordio per lo più nella sfera timica: la maggioranza degli Autori parla di stati di euforia o di eccitamento, ma secondo altri (*Callieri e Ravetta*) si tratterebbe più spesso di un'accentuarsi dello stato timico preesistente (d'angoscia, di depressione, di ottimismo) rinforzato e reso più appariscente dall'azione della sostanza. Ben presto fanno la loro comparsa fenomeni psico-sensoriali, soprattutto a carico dell'apparato visivo, che hanno carattere di illusioni, di allucinosi, o di vere allucinazioni. Pressochè costanti sono i fenomeni di alterazione dello schema corporeo e dell'Io, che arrivano a stati di depersonalizzazione. Frequenti i disturbi della misura del tempo e dello spazio, del decorso ideativo, e l'affiorare di ricordi remoti. Assai interessanti, inoltre, i rapporti ideoaffettivi che intervengono tra l'intossicato e lo sperimentatore: infatti, si osserva, quasi costantemente, un forte transfert affettivo del paziente nei riguardi del medico, talora intercalato da sentimenti negativi che possono dare lo spunto ad interpretazioni di carattere delirante.

Per una minuziosa analisi della sintomatologia lisergica, rimandiamo all'ottimo lavoro di *Cargnello e Lukinovich*.

La sindrome da Lsd nello schizofrenico.

La Lsd è stata più volte sperimentata negli schizofrenici e gli effetti osservati, ricalcano, in linea generale, quelli che si producono nel normale o in altri malati psichici. Tuttavia, alcuni Autori (*Hoch, Cattel e Pennes, Belsanti*, etc.), hanno riferito di aver riscontrato un'accentuazione della sintomatologia psicotica, o la comparsa di nuovi sintomi della serie schizofrenica (insorgere di quadri catatonici osservati da *De Giacomo*). Altri Autori negano però che la Lsd agisca in questo senso e affermano che il quadro lisergico "si mantiene al di fuori dell'esistenza schizofrenica" (*Callieri e Ravetta*) e "dà luogo alle stesse manifestazioni che si osservano nei soggetti normali" (*Sanguineti e Coll.*).

E' stato anche riferito da alcuni un certo miglioramento della sintomatologia psicotica che si esplicherebbe soprattutto in un maggior contatto affettivo (*Forrer e Goldner, Belsanti, Sogliani e Sagripanti*). Citiamo a questo proposito quanto dice *Belsanti*: "In entrambi gli schizofrenici inibiti si ebbe tutte e due le volte una notevole modificazione del contegno e della condotta nel senso di una maggior aderenza all'ambiente esterno, di un più facile contatto col personale, di una diminuzione palese della inibizione e della asintonia, di una maggiore facilità nel linguaggio, di uno stato psichico tale da rendere possibile, come vedremo anche poi, un tentativo di trattamento psico-terapeutico".

Belsanti attribuisce al diverso dosaggio gli effetti contrastanti che si possono ottenere nello schizofrenico (disinibente a dosi basse, catatonizzante a dosi elevate), ma ciò non è stato confermato.

Commento alla letteratura

L'impressione che si trae dalla lettura dei numerosi lavori che hanno avuto per tema la sperimentazione con la Lsd è quanto mai confusa. Ciò soprattutto in riferimento alle varie interpretazioni che sono state date della sindrome da Lsd più che ad una sostanziale variabilità di effetti attribuibile alla Lsd.

Così, alcuni AA. hanno parlato di effetto schizogeno o schizofrenosimile della Lsd (*Rinkel e Coll., Belsanti, Buscaino e Frongia*) negati recisamente da altri (*Gamna, Bonfante e Villata, Bleuler*). Altri hanno parlato di azione psico-tossica aspecifica paragonabile

a quella che si osserva nelle psicosi esogene di Bonhoeffer (*Sanguineti e Coll., Condrau, Bleuler M.*, ecc.). Altri, infine, dando particolare risalto ad alcuni aspetti della sindrome provocata dalla Lsd, hanno parlato di sindromi oniroidi (*Gamna e Coll.*) o eidetiche (*Callieri e Ravetta*), altri ancora (*Sandison, Federking, Giberti e Coll.*) hanno sottolineato l'importanza della Lsd come ottimo coadiuvante della psicoterapia per la sua capacità di facilitare la rievocazione di stimolare il transfert, la catarsi, ecc.

A noi interessa soffermarci soprattutto a considerare quegli elementi che hanno spinto alcuni ricercatori a paragonare la sindrome da Lsd alla schizofrenia. Essi sono essenzialmente di quattro categorie:

1) segni clinici: la presenza di fenomeni di depersonalizzazione, di autismo, di catatonìa, l'ostilità e i disturbi della coscienza sono stati interpretati come segni di schizofrenia (*Rinkel e Coll., Hoch e Coll., Belsanti*). Gli stessi AA. ammettono però di avere contemporaneamente osservato anche segni non tipicamente schizofrenici e riconoscono di aver trovato di rado sintomi schizofrenici patognomonici come le allucinazioni ed i fenomeni deliranti.

2) esami psicodiagnostici: *Rinkel e Coll.* hanno notato nei lievemente alterati segni di schizofrenia al test di Rorschach e al test del pensiero astratto e concreto.

3) esami di laboratorio: la constatazione che nei lievemente alterati si possono ritrovare alterazioni biochimiche (*Rinkel e Coll., Buscaino e Frongia*) analoghe a quelle, peraltro tuttora molto discutibili nel loro significato, che si riscontrano nella schizofrenia.

4) esperienze sugli animali: qualche ricercatore ha creduto di poter individuare nel comportamento di animali trattati con Lsd una analogia con il comportamento dello schizofrenico.

Ecco ad esempio quanto riferiscono *Buscaino e Frongia* a proposito del comportamento di un cane trattato con Lsd: "... il cane ha presentato un quadro che, paragonato a quanto osservabile nell'uomo, potremo definire di ebbrezza: movimenti scoordinati, guaiti, agitar della coda, occhi aperti ma assenti: i riflessi corneali e congiuntivali erano provocabili, però si aveva l'impressione che il cane non vedesse, non sentisse, non reagisse, che vivesse quasi tutto un'altro momento; l'animale insomma sembrava come allucinato".

E' evidente che gli elementi portati a favore dell'effetto schizofrenizzante della Lsd sono poco convincenti e che le diverse azioni farmacologiche ad essa attribuite mal si accordano fra di loro.

Abbiamo quindi ritenuto interessante riprendere in esame l'argomento.

Ci siamo proposti, in particolare, di studiare un solo effetto, quello più discusso: se cioè la Lsd produca o no, sindromi psicotiche di tipo schizofrenico e comunque quali rapporti intercorrano tra la sindrome provocata dalla Lsd e la schizofrenia.

A questo scopo abbiamo pensato di somministrare la Lsd a soggetti affetti da quelle particolari sindromi psicasteniche che, presentando alcuni sintomi di natura psicotica, sono state da *Gastaldi* indicate come forme di confine tra la nevrosi e la schizofrenia. Ciò per vedere se era possibile, sotto l'effetto della Lsd, provocare in questi soggetti, che si presentavano come psichicamente inclini alla schizofrenia, un accentuarsi dei sintomi psicotici o addirittura l'erompere di un quadro schizofrenico evidente. All'uopo abbiamo pensato che fossero più opportune somministrazioni ripetute della sostanza, nel tentativo di creare una sorta d'intossicazione lisergica cronica o quanto meno di provocare una stimolazione periodica.

Diremo subito che il nostro materiale è purtroppo assai modesto, trattandosi di due soli casi. Ma, data la difficoltà di reperire soggetti di questo tipo, e per di più disposti a sottoporsi ad una esperienza di parecchie settimane, pensiamo che due casi, studiati per lungo tempo, possano egualmente riuscire dimostrativi, tanto più che è nello scopo del nostro lavoro un'analisi più in profondità che in estensione della sindrome da Lsd. Il nostro materiale è tratto oltre che dalla osservazione diretta dei soggetti per tutta la durata dell'effetto psico-tossico della Lsd, anche dalle impressioni riferite dai pazienti stessi per iscritto il giorno seguente all'esperienza. Ci sembra che in questo modo si possa ottenere un quadro obbiettivo che riassume in sé l'auto- e l'etero-osservazione.

A. ALESSANDRO, a. 30.

A. *Fam.* — Una zia materna suicida. Una sorella della nonna paterna suicida all'età di 70 a. Padre etilista.

A. *Fisio.* — Nulla di importante da rilevare.

A. *Patologica* — Non malattie degne di nota. Nel 1950 il paziente cominciò a notare che era costretto a ricontrollare più volte il suo lavoro di ufficio. Gradatamente tale sintomatologia andò dilagando sì che il paziente era obbligato a ripetere più volte ogni suo atto. Nel 1954 fu visitato dal prof. *Gastaldi* che ne fece oggetto di studio per la sua ricerca sui soggetti al limite tra psiconevrosi e psicosi. Citiamo a questo proposito il giudizio clinico apparso nella sua pubblicazione: "Atti rituali coatti;

Nella terza ora il paziente riferisce di sentirsi "più leggero" e più tardi ha l'impressione di non avere più il suo braccio sinistro ed è costretto a toccarlo con l'altra mano per convincersi della presenza dell'arto. Sottoposto ai test di senso di posizione, praticati ad occhi chiusi il paziente riesce a identificare bene i vari movimenti impressi all'arto sinistro ed è in grado di localizzarne la posizione ad occhi chiusi. E' in grado di eseguire una difficile divisione correttamente. Il paziente riferisce inoltre di sentirsi meno dubbioso: dice, ad esempio, che gli è sufficiente guardare l'orologio una sola volta per sapere che ora è. Anche nel leggere afferma di sentirsi più sicuro; lamenta però disturbi della memoria di fissazione nella lettura: "Leggo bene le parole, ma dimentico il significato di quello che ho letto prima".

Verso la quarta ora si manifestano alterazioni dei rapporti spaziali: "il portacenere (che è sulle sue ginocchia) mi sembra lontano e mi pare irraggiungibile". Riferisce di sentirsi spaventato dello stato in cui si trova e di non gradire di restare solo. "Mi sembra di non sentire il mio corpo. Devo toccarmi per accorgermi che ci sono". Chiede di andare alla toilette e al ritorno riferisce che gli sembra di essere più alto e più grosso rispetto all'ambiente. Quando gli viene servito il cibo il paziente prende alcuni bocconi e poi si arresta perchè avverte un senso di sazietà.

Verso la quinta ora le sensazioni di depersonalizzazione a livello somatico sono scomparse e il paziente diventa più comunicativo.

COMMENTO DEL PAZIENTE ALLA SECONDA ESPERIENZA

Da principio la vista ha cominciato a ballarmi per poi restare annebbiata, cioè accusavo in genere come se avessi bevuto vino in abbondanza, sentendomi abbastanza leggero come se io non esistessi realmente ma vivessi parte di un sogno. Ed appunto come un sogno prima non sentivo più la mano sinistra: l'avvertivo al tatto, ma non sentivo come se non l'avessi affatto. Poi piano piano tutta questa sensazione si estendeva a tutto il corpo, con prevalenza nella parte sinistra. Una strana sensazione come se non esistessi in materia ma solo nello spirito. Ho avvertito in ciò un certo godimento perchè non sentivo più i miei disturbi, anzi leggevo bene, senza esitazione, l'orologio. Ho fatto senza fatica anche una divisione cosa che adesso, come prima, mi riesce difficile. Ho provato a leggere un giornale e leggevo scioltamente solo che non riuscivo ad afferrare bene il concetto della frase per il fatto che non ricordavo più quello che avevo letto in precedenza. A differenza di quello che solitamente faccio, e cioè che quando mi accingo a leggere penso prima alla fatica che devo sopportare e non per riuscire a capire il significato, quanto per il fatto che pur vedendo le parole ho sempre l'impressione di non percepirle chiaramente e ho la preoccupazione di leggere una cosa per un'altra. E così insisto nel soffermarmi sulla parola o sulla frase, ad analizzarla nella sua singola parte. Più tardi ho sentito un forte appetito e per ingannare il tempo ho fumato una sigaretta ed il fumo mi sembrava leggero, anch'esso come non mai. Quando allungavo la mano al portacenere sembrava di non arrivarci mai e pensando a questo fatto curioso cominciai a sudare e a tremare per breve tempo sentendomi ecci-

coazione incompleta senza vera lotta interna né reazione d'angoscia; fenomeni insorti in epoca recente in soggetto con personalità premorbosa non caratterizzata in senso fobo-ossessivo. Il sospetto di "pseudocoazione schizofrenica" è giustificato: 1) dal tipo di coazione a freddo; 2) dall'insorgere ex novo delle manifestazioni coatte senza alcun precedente significativo nello stesso senso.

Dati psicodiagnostici: *Wechsler*: sogg. psiconevrotico segnatamente per il tipo del profilo e per la presenza di ansia; *T.A.T.* e *T.P.A.*: soggetto dominato da sentimenti d'insicurezza, d'inferiorità, di colpa, con uno spiccato deficit del controllo emotivo, specie di fronte a situazioni a significato sessuale e qualche distorsione percettiva; difficoltà di combinare elementi essenziali di alcune tavole. *Rosenzweig*: modica autoaggressività in un quadro di reazioni complessivamente adeguate. *Rorschach*: le reazioni affettive, la stereotipia del pensiero e una certa inadeguatezza della critica sembrano indicare possibilità evolutive verso la schizofrenia semplice. *Narcotest*: evidenti spunti persecutori in soggetto con spiccato sentimento d'incapacità ad attuare il proprio potenziale.

Dopo un periodo di discreto benessere il paziente si presenta nella Clinica di Milano nel gennaio 1958 lamentando un riacutizzarsi delle sue coazioni ossessive che lo impegnano per tutta la giornata distraendolo da qualsiasi attività proficua.

E.O. — Nulla di particolare.

E.P. — Il soggetto si presenta poco comunicativo: risponde con proprietà alle domande che gli vengono rivolte, ma si esprime in modo laconico e distaccato. Egli tende più a catalogare e definire i suoi sintomi che non a comunicare con effettiva partecipazione i suoi stati d'animo e le sue preoccupazioni. Afferma di essere spesso colto da dubbi di ogni genere in particolare sull'orientamento temporale, sì che è costretto a guardare spesso l'orologio e a ripetere a voce alta il giorno della settimana. Deve inoltre eseguire alcuni cerimoniali coatti specie per quanto riguarda il vestirsi. Non si notano manifestazioni di ansia libera. Nel complesso il soggetto dà un'impressione di un essere notevolmente apatico ed abulico.

ESPERIENZE CON LSD

1^a esp. (25 gamma di Lsd.).

Circa mezz'ora dopo la somministrazione si osserva qualche reazione vasomotoria al volto. Il paziente accusa parestesie vaganti per tutto il corpo. Null'altro da segnalare.

Data la scarsa sintomatologia il paziente non ha riferito alcun commento personale.

2^a esp. (50 gamma di Lsd.)

Due ore dopo la somministrazione di Lsd, il paziente accusa disturbi visivi: gli sembra di avere delle ombre dinanzi agli occhi e di vedere le cose alterate "come se fosse ubriaco".

tato. Ciò mi succede di frequente quando non mi trovo a mio agio e quando fumo a digiuno. Sono poi stato al gabinetto e nel nuovo ambiente mi sembrava di essere un colosso rispetto al luogo. Arrivata la colazione mi accinsi a mangiare e notai un altro fatto strano: dopo i primi bocconi l'appetito se ne era andato come d'incanto e mi sembrava di non riuscire mai a finire. Fumando un'altra sigaretta mi ritrovai più a posto. In tutto quello che ho provato vi è stato qualcosa di strano ma nel complesso piacevole per il fatto che mi sentivo leggero, però mi preoccupavo perché tutto non finiva mai nello spazio e nel tempo. Comunque non appena ritrovatomi nelle mie condizioni normali mi è parso tutto un sogno, che tutto fosse passato in un attimo. Un'altra cosa devo dire: quando il dottore è uscito per un attimo avevo quasi paura come negli incubi che avevo da bambino.

3^a esp. (100 gamma di Lsd.)

Con lo stesso ordine compaiono le manifestazioni della volta scorsa fino ad avvertire un senso di "assenza del proprio corpo". Inoltre il paziente accusa freddo intenso, tremori ed astenia alle gambe; si nota una certa irrequietezza motoria, e un certo grado di torpore psichico. Il paziente riferisce un episodio di identificazione-proiezione con lo sperimentatore: *"Mi sembrava che il dottore si frugasse le tasche con lo stesso affanno con cui lo faccio io. Mi sembrava quasi di vedere me stesso"*. Si sono ripetuti i fenomeni di alterazione dei rapporti spaziali con gli oggetti.

COMMENTO DEL PAZIENTE ALLA TERZA ESPERIENZA

Strana esperienza questa, perché a differenza dell'altra volta l'ho trovata più pesante, più opprimente. L'opposto invece mi succede per il periodo dopo l'esperimento, in quanto la volta scorsa mi trovavo un po' balordo ed eccitato e ora invece più tranquillo sereno e fiducioso. Durante l'effetto della medicina oltre alle cose già accusate l'altra volta ho avvertito un certo intontimento per cui mi era difficile pensare e concentrarmi, tanto è vero che ho tentato di fare una divisione senza riuscirci correttamente e non leggevo più bene l'orologio come l'altra volta. Mi tremavano le gambe e il corpo lo sentivo più fiacco, tanto da sentirmi incerto nei movimenti e parlavo senza convinzione. Nella fase culminante vedevo la dottoressa più bella e lontana quasi fosse il mio angelo custode. Mi è rimasto impresso quando il dottore si è alzato e si è messo a frugare nelle tasche: notavo il suo stato di eccitazione affannosa, come se stesse cercando qualcosa che non trovava, e mentre le mani erano nelle tasche le cose che c'erano dentro stavano per uscire, quasi per cadere; poi si è messo a sedere pulendosi le unghie e anche qui notavo il suo nervosismo, *tutte cose che a me succedono regolarmente*. Non riuscivo a parlare, ero come paralizzato, mi sembrava che fossi uno spirito che stesse assistendo a tali scene e, pur distinguendo bene il dottore *mi sembrava di vedere me compiere le sue azioni*. Finito questo, lo vedevo poi alquanto buffo nei suoi movimenti, nel camminare, nel gesticolare, nel leggere, nello scrivere e così via. Naturalmente tutto questo succedeva a intervalli irregolari

come se delle nubi passassero ad oscurare il sole, poi una schiarita poi nubi di nuovo e così di seguito. Ed erano le nubi dei miei sogni, almeno così mi sembrava ai vari risvegli.

1^a esp. (130 gamma di Lsd.)

Si ripetono i soliti fenomeni di mancata percezione di parti o di tutto il corpo, e si assiste ad un altro fenomeno di identificazione-proiezione col medico: "Lei dottore quando scrive ricorda me quand'ero militare; ha lo stesso affanno nella copiatura, lo stesso mio nervosismo".

Riferisce di sentirsi la testa confusa e di non riuscire a concentrarsi. Verso la quinta ora afferma di vedere gli oggetti della stanza in movimento. "Vedo tutto che si muove, come se io fossi ubriaco".

Accusa inoltre fenomeni di disorientamento temporale: "Sotto l'azione del farmaco mi sembra che il tempo non ci sia".

COMMENTO DEL PAZIENTE ALLA QUARTA ESPERIENZA

Mi sono presentato alla prova piuttosto di buon umore e così sono restato finché ero in grado di intendere e di volere. L'inizio è stato come le altre volte: sensazione di mancanza del corpo, pensiero leggero e tranquillo, situazione abbastanza riposante, il tutto sempre come in sogno, tanto da produrre uno strano effetto come se il tempo non esistesse affatto. Ciò è piacevole quando si vedono, si sentono o si pensano cose gradite, lo è meno quando succede il contrario. Per cosa gradita intendo anche quando qualche particolare mi fa rievocare i miei disturbi. E così per esempio, quando il dottore era alla scrivania e scriveva, con il movimento della testa mi ricordava di quando ero sotto le armi, in ufficio e copiavo senza la preoccupazione di sbagliare nella copiatura stessa. Così anche quando frugava fra le carte che si sparpagliavano qua e là e quando apriva il cassetto mi ricordava sempre il mio ufficio dove avevo un cassetto con le mie cose personali e prima di uscire dovevo controllare con insistenza che dei fogli non fossero caduti per terra, che gli armadi fossero ben chiusi, che la luce fosse spenta. Altra mia preoccupazione era quella, ad esempio, quando dovevo spedire la corrispondenza, di controllare che le lettere fossero complete di timbri e firme e che nessun altro documento andasse a finire nella busta. Era confortevole per me ricordare ciò per il semplice fatto della tranquillità di questo momento in confronto alla ossessione con cui compivo quelle cose. Poi sono entrato in uno stato di assenza completa: ero come rapito non so da che, non mi riusciva di contenermi, di capire lo stato, il luogo ed il momento in cui mi trovavo, insomma pensavo e non pensavo. Mi sentivo come se non avessi cervello e quando mi rivolgeva la parola ero distratto, comprendevo a stento le parole e rispondevo a caso senza convinzione. Poi vedevo il dottore come *se tentasse di forzare un cassetto con la chiave, ed era come se stesse rubando*: distinguevo il rumore caratteristico di conteggio delle monete ed avevo come una sensazione di fastidio. Poi quando è entrata la dottoressa, mi sono ripreso piano piano. Al termine mi sono sentito alquanto affaticato. Quando sono salito in corsia ho provato uno strano effetto: vedevo le cose deformate, come del resto le ho sempre viste durante queste prove,

specialmente nei movimenti, come si vedono negli specchi concavi o convessi. I movimenti mi restavano impressi e mi sembravano quelli di una pellicola di Ridolini o di Charlot, rapidi e caricaturali. Sono appunto questi movimenti che, nelle loro varie fasi, mi rievocano fatti a me successi. Alla sera mi sono addormentato pesantemente e al mattino dopo mi sentivo stanco ed accusavo in genere una pesantezza come se il giorno precedente avessi preso una bella sbornia. Ora tutto è passato e, pur non sentendomi ancora a punto, mi sento benino.

5^a esp. (150 gamma di Lsd.)

Si ripetono in modo più intenso i fenomeni delle precedenti esperienze. Parla a lungo dei suoi disturbi ossessivi e psicastenici, autoanalizzandosi a lungo.

COMMENTO DEL PAZIENTE ALLA QUINTA ESPERIENZA

Preso la medicina, dopo un breve tempo ho cominciato ad avvertire la mancanza del corpo, un leggero intontimento, una pesantezza allo stomaco, tanto da non sentirmi a mio agio, quasi uno stato di insofferenza, poi d'improvviso, mi sono sentito così leggero di corpo e di mente che ero allegro. La vista, come al solito, era annebbiata. Nel momento in cui ero privo di preoccupazioni, mi piaceva tanto di non dover pensare, da preferire quel tempo interminabile, pur non avendo cognizione alcuna del tempo stesso. Mi trovavo come in uno stato di piena ubriachezza, con la differenza che anziché pesante mi sentivo tutto molto leggero. Il fatto di dover pensare, mi metteva in uno stato di agitazione perchè le cose mi venivano alla mente fugaci e il dover andarle a pensare mi costava fatica, mi creava uno smarrimento e non riuscivo più a ricordare. Ciò mi succede anche normalmente quando mi viene all'improvviso in mente una determinata cosa, che io sento la necessità di studiare nei suoi intimi particolari. In questo studio mi perdo tanto nella ricerca dei vari elementi, quasi volessi fissarli nella memoria tutti insieme per poi trarne una conclusione. Insomma voglio pensare una data cosa, analizzandola punto per punto, studiarla, vederne la convenienza e poi unire insieme tutti gli elementi per trarre il concetto della cosa stessa, concetto che poi non mi viene perchè mi perdo in questa analisi. Tuttavia insisto, mi agito, mi innervosisco finchè riesco a convincermi. Tante volte non lo vorrei fare appunto per l'enorme sforzo mentale a cui sono sottoposto in questi pensieri. Invece sotto l'effetto della medicina tutto passa via, tutto si dimentica. Un'altra cosa importante è per esempio quello che mi succede quando devo leggere l'ora: per far questo prima osservo una sfera, poi passo all'altra dimenticandomi la prima. Nel far questo la vista mi balla oppure resta fissa su di un punto. Non riesco poi a spiegarmi il perchè, quando sono sotto l'effetto della medicina fissando un punto, questo si ingigantisce e si avvicina a me e la vista mi balla come se delle ombre rapidissime mi passassero dinanzi. Quando di solito sono preso dai miei disturbi, nel pensare sono così stordito da non capire più niente e quando devo concentrarmi mi irrita qualsiasi distrazione. Poi ho parlato col dottore dell'origine e della causa della mia malattia. Secondo me essa ebbe

inizio sotto le armi. Fatta la scuola di S. e di F. con ottimo profitto fui trasferito a M., all'Ospedale militare e qui fui assegnato all'ufficio matricola. In questo ufficio dovevo copiare degli atti abbastanza importanti e lo sbagliare nella trascrizione pensavo che dovesse nuocere a me e agli altri. Volevo non sbagliare prima di tutto per la carriera, e poi perchè mi dispiaceva molto dover subire dei rimproveri per mancanza mia, perchè ero molto preciso. Notavo gli errori degli altri e quando facevo o pensavo qualche cosa era facile che altri pensieri mi distraessero e così avevo sempre la costante paura di non fare tutto perfettamente. Poi il dover montare di servizio con dei superiori che pretendevano minuziosi e continui controlli, tante volte assurdi, e la stanchezza di tali servizi, la riservatezza dell'ambiente, hanno fatto sì che io sia caduto in uno stato di esaurimento tale per cui ho trasferito questi controlli dal lavoro alla mia persona e a tutto il resto. Il dottore invece mi diceva che pur essendosi manifestata a quell'epoca la malattia aveva origini più remote. E si cercava di dare un'allacciamento a questo fatto con i miei disturbi, senza però riuscirci. Poi ho detto al dottore che il discutere e il sapere è sempre stata una mia aspirazione. Alla fine quando sono salito in corsia pur sentendomi ancora incerto, non ho più notato nulla di particolare. Ho cercato di riordinare le idee senza però riuscirci. Alla sera mi sono addormentato senza bisogno delle pillole e al mattino mi sono sentito come dopo una sbornia.

6^a esp. (100 gamma di Lsd.)

Sintomatologia solita. Piuttosto taciturno.

COMMENTO DEL PAZIENTE ALLA SESTA ESPERIENZA

L'ultima volta ho scritto a stento con la sempre costante preoccupazione di omettere o sbagliare qualche cosa. Mi era molto difficile e mi è costato fatica perchè rileggevo e pensavo continuamente, e finivo col non capirci più niente. Infatti quando il dottore mi ha chiesto se cominciavo ad avvertire qualche cosa ed io ho risposto che non sentivo più il mio corpo, per voler convincermi dell'esattezza di questa affermazione ho dovuto pensare così a lungo da provocarmi uno stato di preoccupazione e smarrimento.

Ho cercato di distrarmi con altri pensieri, ma senza riuscirci: solo verso la fine mi sono calmato.

7^a esp. (100 gamma di Lsd.)

Parla dei suoi disturbi. Verso la quarta ora appare psichicamente torpido, attonito e depresso. Il paziente non ha scritto alcun commento a questa esperienza.

8^a esp. (100 gamma di Lsd.)

Piuttosto taciturno. Nulla di nuovo da rilevare.

COMMENTO DEL PAZIENTE ALLA OTTAVA ESPERIENZA

Nell'ultima prova non ho notato alcunchè di particolare salvo una quasi totale assenza dall'ambiente e dal tempo. E' stata una sensazione piacevole: credo di aver pensato a diverse cose, senza peraltro poter riuscire a fissarle nella memoria e a riprodurle. Nel complesso mi sono sentito abbastanza libero ed ho provato un certo senso di sollievo quando ho messo a confronto i miei disturbi attuali con quelli precedenti a questa cura, rilevandone una modificazione ed un miglioramento. Mi ricordo che il dottore mi ha chiesto perchè pronuncio sempre ad alta voce i giorni della settimana, e dopo aver pensato un pochino ho ricordato che questo mio disturbo ebbe inizio non molto tempo fa ed il motivo va ricercato nel fatto che quando mi accingo a fare qualche cosa, devo prima rendermi conto del giorno in cui siamo per poi rendermi padrone di quello che sto facendo.

9^a esp. (150 gamma di Lad.)

La sindrome di depersonalizzazione è stata questa volta vissuta in modo assai drammatico. Si sono verificati anche fenomeni di panico per la perdita di contatto con la realtà circostante: il paziente continuava a ripetere: "Dove sono? Che ore sono? Aiuto!... Che cos'è questo rumore? (passava un aeroplano). Aiuto!... Non posso parlare... Aiuto! Mi sento torcere dentro". Il paziente era in evidente stato di angoscia. Quando la sensazione passava il soggetto sorrideva. Tace per lungo tempo, poi: "Sembro quasi sdoppiato: una parte quello che ero prima, ed una parte quello che sono adesso. Mi sembra di essere per metà uno e per metà un'altro, cioè metà quello che ero prima e metà quello di adesso. Mi manca l'aria, ma da una parte sola, a destra, e poi sfuma verso sinistra. Mi sembra proprio di essere diviso a metà".

Aggiunge che le due fasi vissute una dopo l'altra sono state poi vissute insieme. "E' stato come un incubo, sentivo voglia di avere aiuto dal dottore".

COMMENTO DEL PAZIENTE ALLA NONA ESPERIENZA

Dopo un inizio abbastanza tranquillo mi è sorto ancora il dubbio di non riuscire ad interpretare bene lo stato in cui mi trovavo. Infatti prima pensavo alla cosa di per se stessa e poi se avevo pensato giusto. Mentre ero preso da queste considerazioni il dottore mi abbassò la sedia a sdraio, ed io volendo convincermi di questo fatto mi sono alzato più volte per accertarmene e ho finito per non capire più niente. Mi accorgevo che mi stavo perdendo sempre più, quando ad un tratto ho avuto paura ed ero sul punto di chiamare aiuto. Mi è sembrato che l'ambiente si avvicinasse a me minaccioso e che fosse successo qualche cosa di imprevisto e di irreparabile. Per un attimo mi sono sentito mancare poi, fattomi coraggio ho aperto la porta ed ho chiamato il dottore. Il restar solo mi procurava un incubo, come spesso mi succedeva da bambino. Ad un certo punto ho cominciato ad avvertire che mi si torceva la faccia, la lingua e l'interno del collo; ad un tratto ho perso la voce e mi sentivo paralizzato. Suc-

cessivamente ho avvertito come un nodo alla gola che mi soffocava; poi tutto piano piano passava ed io tornavo quasi normale. In questi momenti mi sentivo come sdoppiato: e cioè avvertivo come un sovrapporsi dei due stadi, per metà quello che ero prima e per l'altra metà quello normale di sempre.

1^{ma} esp. (150 gamma endovena di Lsd.)

Avverte sensazioni di deformazione del corpo. Dice di sentirsi diverso dalle altre volte. "Mi sento agitato. Se fossi solo avrei paura. Vedo tutto deformato, tutto che si ingigantisce". E' atterrito dai fenomeni di deformazione del proprio corpo. "Anche se chiudo gli occhi vedo le cose deformate". Cammina per la stanza: "Mi sento mancare, sudare. Aiuto! Aiuto! Non sto bene, non sto bene, non capisco più niente, non me la sento più di andare avanti... Una cosa così non mi è mai successa. Mi scoppia la testa". Non si riesce a tranquillizzarlo o a confortarlo. Cammina per la stanza: "Non ce la faccio più dottore, mi sento morire. Aiuto. Aiuto". Iniezione di una piccola dose di Pentothal. Si risveglia dopo 10 minuti, si sente bene e dice: "Quello che è successo poco fa era terribile".

COMMENTO DEL PAZIENTE ALLA DECIMA ESPERIENZA

Preso la medicina, questa volta per via endovenosa, ricordo che dopo un breve tempo, sono passato subito in uno stato di incoscienza totale. Era come se mi fossi disintegrato e il tutto mi passava davanti come una nube. Ero talmente preso da queste considerazioni che ad un certo punto mi sono trovato ad osservare il mio corpo che era deformato. Mi ha maggiormente impressionato la mia mano destra, che, se l'appoggiavo al mento si allargava e si allungava fino al pavimento e la mia vista si perdeva dietro di essa come proiettata su di un altro piano più lontano dove immaginavo di vedere delle altre cose. Tutto il resto mi appariva deformato in modo irregolare e alternante: i colori li vedevo più chiari, ma quasi tutti di tonalità giallastro-verdognola e talora bianchi. Come le volte precedenti, fissando gli oggetti li vedevo ballare, saltellare. Un bel momento ho guardato l'ora: ricordo che non era ancora mezzogiorno e parendomi che il tempo fosse interminabile non ho più resistito ed ho invocato l'aiuto dei medici perchè mi liberassero da quell'incubo. Sempre per via endovenosa mi venne somministrato un rimedio e subito mi sono addormentato. Al risveglio pur non sentendomi ancora a punto stavo abbastanza bene. Sabato sera sono andato a casa in motocicletta e appena giuntovi sono stato preso ancora da quel senso di paura e di torcimento interno. La domenica, nel fare il bagno, non ricordavo più niente e il mio pensiero si smarriva continuamente cosicchè martedì ho deciso di venire ancora in Clinica. Ricoverato per un po' di giorni ero ancora preso dalla paura e quando dovevo pensare non capivo più niente.

M. TERESA, a. 33.

A. Fam. — Nulla di particolare. Non vi sono tare neuropsichiche negli ascendenti.

A. Fis. — Nulla di importante da rilevare.

A. Patologico — Episodi itterici nell'adolescenza.

A 23 a. trauma cranico per incidente stradale. A 30 a. nuovo incidente stradale con trauma cranico. A 33 a. altro investimento stradale con frattura delle ossa della faccia. Soffre di disturbi digestivi cronici.

Da un anno ha smesso il suo lavoro di sarta per fobia di toccare aghi, spilli e forbici nel timore di fare del male agli altri od a se stessa. E' diventata taciturna e riservata; schiva la compagnia dei familiari, specie dei nipotini, a cui è molto affezionata, per il timore di far loro del male.

E. O. — Nulla di particolare.

E. P. — La paziente si presenta assai restia al colloquio; il suo discorso è stentato, pieno di termini ambigui e rivela un'estrema difficoltà di contatto. L'atteggiamento mimico è a volte discordante con il contenuto dei suoi discorsi: una sorta di riso stereotipato accompagna il racconto di episodi penosi. La fobia degli spilli costituisce il tema dominante del suo nucleo patologico e su di essa l'ideazione si struttura in modo ossessivo. La paziente avverte il persistente e penoso ricorrere di questi suoi pensieri, ma non riesce a distrarsene: sembra rendersi conto dell'assurdità dei suoi timori, ma finisce per esserne travolta. Una certa orgogliosità puntigliosa la induce ad attribuire le proprie anomalie psichiche "al suo carattere fine e sensibile come quello del filosofo Fioravanti..." — Da tempo ha smesso di lottare contro il dilagare dei suoi sintomi: al timore di toccare gli spilli, si è aggiunto quello di vederli "perchè non potrei spostarli e metterli in luogo sicuro e qualcuno potrebbe farsi male per colpa mia". La paziente evita persino di nominare la parola "spilli" perchè qualcuno potrebbe udire, toccarli e farsi male. Questi pensieri hanno la struttura di pensiero magico e non hanno mai carattere delirante.

Le sue fobo-ossessioni costringono naturalmente la paziente ad una serie di cerimoniali che le impediscono qualsiasi attività proficua. Per di più ha bisogno della vicinanza della sorella che ha la funzione di controllare ogni cosa per sgombrare il campo dagli oggetti temuti. La paziente passa quindi la giornata assolutamente inattiva e chiusa in se stessa. Questa sua completa inattività associata alla scarsa capacità di contatto verbale e alla tendenza ad isolarsi dal mondo fanno pensare alla presenza di elementi psicotici.

La paziente M. Teresa è stata sottoposta a sei somministrazioni di Lsd a distanza di 5 giorni l'una dall'altra con dose rispettivamente di 30, 60, 100, 150, 100 e 100 gamma. Non è stato possibile proseguire più oltre nelle esperienze perchè la paziente, sebbene fosse convinta che si trattasse di sedute terapeutiche, non ha voluto più continuare dicendo di essere peggiorata e di non voler più sopportare il grave stato di disagio che il farmaco le provocava.

Nella prima esperienza, circa un'ora dopo la somministrazione dell'Lsd, la paziente manifesta un'estrema comunicatività di stati d'animo, ride, dice di sentire affetto per tutta l'umanità, e desidera parlare di se. Poco dopo però l'umore muta radicalmente e la paziente scoppia in un pianto dirotto che, salvo qualche breve interruzione, si protrae per circa un'ora. La paziente tuttavia non perde il suo desiderio di contatto e il suo bisogno di confidarsi e, tra le lacrime, parla della sua malattia, delle sue angosce,

delle sue preoccupazioni, con tendenza prevalentemente a raccontare episodi che si riferiscono al passato. In seguito la paziente avverte un senso di malessere generale con dolori diffusi e nausea. Verso la terza ora compaiono alcuni *spunti interpretativi a carattere delirante: la paziente interpreta il gesto di un'infermiera entrata nella stanza come un'allusione al suo stato di "pazzia"* e pensa che medici e infermieri "siano tutti d'accordo". Più tardi la paziente accusa sensazioni cenestesiche abnormi a livello degli arti superiori: "se muovo le braccia mi sembra che siano staccate dal corpo". Inoltre manifesta una grave alterazione del senso cronologico pensando che siano passate solo un paio d'ore dall'inizio dell'esperienza mentre invece ne erano trascorse quasi cinque. Alla lettura di un giornale avverte un certo disagio nell'osservare i caratteri di grandezza diversa; è in grado peraltro di leggere correttamente.

Ben diverso è stato l'effetto prodotto dalla *seconda* somministrazione (60 gamma Lsd). La paziente è rimasta taciturna, quasi negativista, per tutte le prime quattro ore dicendo che non si sentiva bene, che non aveva alcun desiderio di parlare. Si lamentava talora di cinestesie diffuse e di alterazioni del senso cromatico: "mi sembra di vedere le pareti diventare scure, non sono più bianche, sono grigie".

La *terza* esperienza, effettuata con un dosaggio di 100 gamma, è stata vissuta dal soggetto in modo assai drammatico: già dopo un'ora la paziente ha cominciato ad accusare un senso di malessere diffuso, nausea, senso di freddo alle estremità, senso di morte imminente e, per quasi tutta la durata dell'esperienza lanciava a tratti appelli angosciosi come questi: "dottore, sto male, mi sento morire... io muoio davvero! Dottore, ha sbagliato la medicina, avete sbagliato la medicina... io muoio! Ma che medicina mi ha dato? Io non sono più io... si è sbagliato, perchè non sono più io davvero". Tali stati di angoscia con fenomeni di depersonalizzazione si presentavano a *poussée* di breve durata, ma ripetute.

Dopo quattro ore circa, la paziente si è sentita più sollevata, è diventata più comunicativa, si è messa a raccontare una serie di episodi della sua vita infantile, per altro di scarso interesse dal punto di vista psicomotivo. L'evocazione di tali ricordi provocava talora uno stato di commozione che arrivava fino alle lacrime.

COMMENTO DELLA PAZIENTE ALLA TERZA ESPERIENZA

Sono entrata nello studio alle ore 9,30. Il dottore mi ha dato una medicina e dopo mezz'ora cominciai a sentire un sollievo; volevo bene a tutti e innanzi tutto mi sentivo di amare un giovane. Poi improvviso tutto cambiò in un malessere, ossia in un tormento e cominciai a piangere di disperazione come faceva a casa. Rimango incerta se raccontare come mai un'infermiera si è permessa davanti a tre dottori di trattare una ricoverata, come sono io, in quel modo, con quel gesto così triste, senza oltre tutto sapere chi io fossi. A mezzogiorno è venuta la dottoressa e mi ha chiesto che impressione mi aveva fatto il dottore. Ho detto che il dottore eseguiva il suo lavoro bene sebbene mi fosse sembrato preoccupato per cose sue.

Poi un malessere mi ha preso la schiena e mi ricordava il malessere

avvertito alcuni giorni fa, quando svegliatami, non vidi più la malata vicino a me, perchè era morta durante la notte. Più tardi è tornata la dottoressa e siamo rimaste io e lei. Mentre il malessere mi prendeva lo stomaco, la dottoressa è uscita un momento. A me sembrava di morire. Questa sensazione mi era capitata a 11 anni, e alla seconda notte che ero ricoverata in questa clinica.

Il malessere continuava, a volte mi prendeva la testa, le gambe, lo stomaco, la schiena.

La quarta esperienza (50 gamma di Lsd) ha avuto effetti simili alla precedente: ben presto la paziente è stata colta da senso di morte imminente che le provocava un intenso stato di angoscia con irrequietezza motoria. In più la paziente manifestava un dilagare della sua sintomatologia psicastenica, sì che era dubbiosa di ogni sua affermazione. Anche la sintomatologia provocata dall' Lsd era talora vissuta in modo psicastenico: "mi sembra di star male, crede che morirò? Lei non ci crede, ma io devo morire... Sto pensando se la mia coscienza è a posto perchè devo morire... Sarò ancora al mondo quando uscirò di qui?".

Come nelle altre esperienze la paziente è andata poi tranquillizzandosi e ha cominciato a narrare episodi della sua vita.

La quinta e la sesta esperienza (100 gamma di Lsd) non hanno rivelato nessun fenomeno di nuovo tipo. La paziente, inoltre, convinta della inutilità di questo trattamento, è stata molto poco comunicativa. Come già altre volte si è rifiutata di stendere un commento.

COMMENTO E DISCUSSIONE

La sintomatologia osservata nei nostri pazienti non si discosta nelle sue linee essenziali da quella descritta dai precedenti AA. Infatti, anche nei nostri soggetti, l'effetto della Lsd si è manifestato con lo stesso susseguirsi di fenomeni: esordio con fugaci disturbi neurovegetativi, comparsa di alterazioni timiche in senso euforico o più spesso nel senso di una accentuazione dello stato preesistente all'esperienza, e quindi quadro florido di disturbi percettivi e cenestesici multiformi (che rappresentano l'elemento più costante e caratteristico della sindrome), alterazioni del vissuto spaziale e temporale, rievocazione di ricordi passati, fenomeni di depersonalizzazione, talora false interpretazioni e spunti deliranti, sempre però in rapporto alle persone presenti nell'ambiente. Il tutto su di uno sfondo di stato di coscienza più o meno alterato. Un elemento riscontrato costantemente nelle varie esperienze è stato un senso di angoscia che accompagnava le sensazioni più anormali e più drammatiche ed una conseguente pressante richiesta di aiuto e di assistenza da parte del medico.

Malgrado le ripetute somministrazioni di Lsd e l'effetto prolungato del tossico, che particolarmente nel primo paziente si è

prodotto, non abbiamo mai osservato, nei nostri soggetti, un quadro che nell'insieme ricordasse la schizofrenia e nemmeno sintomi, che, ad un'accurata analisi, risultassero di schietta struttura schizofrenica.

Secondo noi solo criteri analogici superficiali possono condurre a paragonare i sintomi provocati dalla Lsd ai sintomi della schizofrenia, e in psichiatria la semplice presenza di un sintomo o di un gruppo di sintomi, non è per lo più sufficiente a qualificare una forma morbosa. Vi sono sintomi, come l'alterazione dell'umore, l'angoscia, i disturbi percettivi che possono comparire in malattie mentali diversissime e, talora, anche nel normale, e non è quindi la semplice loro constatazione che ci permette di arrivare ad una diagnosi psichiatrica. Quello che conta è semmai il modo come il sintomo è strutturato e come viene vissuto dal paziente. L'angoscia, per non fare che l'esempio più banale, è un'esperienza che può essere vissuta dal normale, dal nevrotico, dal melanconico, dallo schizofrenico, e le sue manifestazioni apparenti sono simili: ciò che è diverso è l'atteggiamento del soggetto di fronte al sintomo. Il normale la controlla e riesce a difendersene, il nevrotico la vive come un sintomo patologico in certo modo estraneo alla integrità del suo Io, ma da cui si difende male, o comunque sempre con mezzi di difesa patologici. Il melanconico la subisce per lo più passivamente, senza criticarla, anzi da essa trae ragioni per autopunirsi o, se insopportabile, autodistruggersi; lo schizofrenico, infine, vive l'angoscia come un'emozione dilagante che travolge l'unità del suo Io o l'essenza della realtà. Lo stesso discorso si potrebbe fare per altri sintomi, come la depressione, che sono strutturati e vissuti non solo in grado, ma in modo diverso nelle diverse malattie, o per quei sintomi, come i disturbi percettivi, illusioni, allucinosi, allucinazioni, che non sono di per sé appannaggio specifico di alcuna sindrome psicotica.

Ora, come vedremo, quei sintomi che apparentemente avvicinano la sindrome da Lsd alla schizofrenia sono in realtà vissuti, strutturati ed elaborati dal soggetto in modo sostanzialmente diverso.

I SINTOMI CARDINALI DELLA SINDROME DA LSD

Un'accurata e completa descrizione di tutta la sintomatologia da Lsd è stata fatta da *Cargnello* e *Lukinovich* e ad essa non abbiamo, da parte nostra, nulla da aggiungere. Ai fini del nostro lavoro ci interessa piuttosto prendere in esame l'organizzarsi della

sindrome lisergica e il modo con cui alcuni sintomi sono stati vissuti dai nostri soggetti.

Diremo subito che, a nostro avviso, il sintomo più costante e più appariscente del lisergizzato, è costituito dall'*alterarsi di tutto il suo sistema percettivo*, che risulta investito da una massa di stimoli artificiosi ed abnormi. Vi è infatti tutta una serie di sensazioni cenestesiche che vengono avvertite dal soggetto come un senso di mutamento che interviene nel proprio soma, colorito di volta in volta da emozioni più o meno piacevoli. In un tempo generalmente successivo, anche la realtà esterna perde i suoi caratteri di stabilità e gli oggetti divengono variabili nella loro forma e colore, si alterano i rapporti spaziali e anche il movimento delle cose viene spesso colto come rallentato o accelerato. La misura del tempo appare costantemente compromessa: è questo un fenomeno per certi aspetti singolare, giacchè esso conduce ad un costante, seppure non grave, disorientamento temporale del soggetto, quale non è dato di osservare comunemente in altre sindromi psichiatriche note. Esso è senza dubbio di difficile interpretazione; può ricordare la perdita della valutazione del tempo, che compare nel sogno, negli stati di angoscia o di noia. Verosimilmente il disturbo della misura del tempo si inquadra nell'insieme di alterazioni delle dimensioni del reale e dell'Io somato-psichico, di cui il lisergizzato è vittima. Tale sintomatologia dispercettiva, presente in tutte le esperienze, ha peraltro andamento discontinuo, nel senso che si presenta ai soggetti in un susseguirsi di fasi intercalate da periodi di perfetta normalità, nei quali il soggetto commenta e critica quanto gli è accaduto.

L'esperienza del mutarsi del proprio Io somato-psichico, è, come abbiamo accennato, accompagnata da emozioni più o meno piacevoli. All'esperienza lieta di un alleggerimento del proprio corpo, si alterna, e con maggior frequenza, un penoso senso di angoscia, e viene da domandarsi se i fenomeni di depersonalizzazione che giungono fino allo sdoppiamento della personalità, costituiscano un effetto direttamente provocato dalla Lsd, o non siano piuttosto un estremo tentativo di difesa del soggetto che divide il proprio Io in una parte patologica, vittima della burrasca percettiva, che viene rifiutata e ritenuta estranea, ed in una parte superstite.

A questo insieme di alterazioni delle dimensioni del reale (forma, colore, spazio, tempo, movimento) e dell'Io somato-psichico (alterazioni della cenestesi, depersonalizzazione, etc.) vissuto dal soggetto in forma per lo più angosciata e riconosciuto come feno-

meno patologico, che costituisce il nucleo fondamentale della sindrome lisergica, fanno da cornice una serie di altri sintomi.

Tra essi si è parlato a lungo dei *disturbi della coscienza*. Gli effetti che la Lsd provoca sullo stato di coscienza dei normali sono stati analizzati molto bene da *Cargnello* e *Lukinovich*. Essi hanno rilevato stati di torpore psichico, restringimento dell'ambito della coscienza per fascinazione e stagnazione, ed alterazioni della coscienza dell'Io. Altri AA. hanno rilevato piuttosto la comparsa di stati oniroidi. Le nostre osservazioni riconfermano sostanzialmente i reperti dei precedenti AA., specie per quanto riguarda una polarizzazione dell'attenzione del soggetto su quello che gli sta succedendo con scarsa possibilità di distrarsi, ed un certo torpore psichico, di grado variabile, da uno dei nostri soggetti paragonato agli effetti di una sbornia o all'impressione di vivere in un sogno.

Questi stati di coscienza non alterano comunque le capacità intellettive dei soggetti che durante l'intossicazione, nelle fasi di pausa dalle poussées allucinatorie, sono in grado di eseguire correttamente operazioni matematiche relativamente complesse, di comprendere pienamente il significato di quanto ascoltano, di mantenere, insomma, un buon livello di prestazioni mentali.

La coscienza dell'Io risulta costantemente alterata ed i soggetti riferiscono sempre di "sentirsi diversi". L'acme di questo stato viene raggiunto con i fenomeni di depersonalizzazione.

Nel complesso, il disturbo della coscienza ricalca abbastanza da vicino quello che si osserva in altre intossicazioni, da oppio, da morfina, da alcool e nelle tossiinfezioni. Sotto questo punto di vista è senz'altro giustificato un certo parallelismo con le psicosi esogene tipo *Bonhoeffer*, sebbene nella psicosi lisergica non si osservino però mai gravi perturbamenti della coscienza di tipo amensiale.

E' altresì degno di rilievo che il lisergizzato sia, per così dire, continuamente cosciente del suo stato di coscienza alterata, in ciò favorito dall'andamento a poussée di tutta la sintomatologia lisergica, che gli permette continui confronti. Nel complesso, quindi, il disturbo della coscienza si presenta non grave, paragonabile grosso modo allo stato che precede nel normale un completo risveglio da un sonno profondo, o come efficacemente esprimeva uno dei nostri soggetti, agli effetti di una sbornia. Esso inoltre è sempre vissuto dal soggetto come una conseguenza del tossico, e come tale sottoposto ad una critica continua, comunicato al medico e combattuto attraverso la autoanalisi.

Per quanto riguarda i *disturbi timici*, si dice, da più parti, che la Lsd' produca euforia, il che, secondo noi, non è però costante. Un'alterazione timica si osserva senz'altro, ma è piuttosto nel senso di una dilatazione dell'emotività senza direzione fissa, per cui siamo d'accordo con *Callieri e Ravetta* nell'affermare che si tratta di una accentuazione e di una evidenziazione dello stato timico preesistente.

Un atteggiamento emotivo specifico del liserghizzato, è piuttosto quello che si sviluppa in rapporto allo sperimentatore. Da molti AA. è stato segnalato — e anche noi lo abbiamo osservato — che il paziente cerca continuamente aiuto, conforto, e comprensione nel medico. A lui comunica con apprensione ogni sintomo nuovo che avverte, a lui chiede spiegazioni. In alcune sedute si sviluppa uno stato di attaccamento tale che il paziente chiede di non essere mai abbandonato dal medico, e teme anche i distacchi più brevi. Certamente il medico ha per il paziente la funzione di mantenere in piedi il suo io e la realtà traballanti, è una sorta di sicuro mediatore con la realtà, o è forse l'unico oggetto che non si deforma, che non muta, e al quale egli può agganciarsi come ad un solido appiglio.

Ciò, in unione al frequente emergere di ricordi infantili e di materiale inconscio, ha permesso a molti autori di sfruttare la Lsd come coadiuvante di psicoterapie e di affermarne l'efficacia in questa azione.

Lo sperimentatore, inoltre, è al centro di un altro fenomeno, non molto costante, ma assai interessante, che si sviluppa nel liserghizzato: il *delirio*.

Come hanno osservato *Cargnello e Lukinovich* nelle loro esperienze "sempre, si può dire, i processi deliranti si scatenano in rapporto all'analista".

Inoltre il delirio da Lsd ha un'altra caratteristica costante, quella cioè di presentarsi con i caratteri del delirio interpretativo, un delirio cioè in cui è conservata una buona percezione dei singoli elementi del reale, ma l'interpretazione complessiva della esperienza di realtà, è giudicata in modo erroneo.

E' senza dubbio curioso che nel liserghizzato non si osservino deliri alimentati dalla enorme massa di sensazioni anormali e di allucinosi di cui il paziente è vittima. Sarebbe appunto più logico aspettarsi che il paziente, sconvolto com'è da una tempesta di alterate sensazioni cenestesiche, sviluppasse un delirio ipocondriaco. Invece no. se egli costruisce il delirio, lo fa senza la spinta delle

sue allucinazioni, in un altro campo, proprio dove la sua percezione non è, almeno in apparenza, disturbata.

Parlando del delirio che si sviluppa in rapporto all'analista, *Cargnello* e *Lukinovich*, hanno sottolineato le diverse fasi attraverso cui evolvono i sentimenti del soggetto nei confronti del medico: "dalla confidente affettuosità discorsiva, dal rifugiarsi quasi infantile nel sicuro grembo dell'esaminatore ai primi sospetti di ostilità via via fino alle idee persecutorie più esplicitamente deliranti". Le nostre osservazioni permettono di dire qualche cosa di più: nel nostro soggetto A. Alessandro, si è notato più volte che le percezioni deliranti erano precedute da fenomeni di identificazione del soggetto con il medico che giungevano talora fino all'autoscopia e all'attribuzione proiettiva di propri sentimenti e stati d'animo al medico. I fenomeni di identificazione e di proiezione riguardano soprattutto il trasferimento al medico di attributi negativi presenti nel soggetto. Da qui il soggetto passa alla convinzione che il medico abbia sentimenti negativi nei suoi riguardi. Ma questo succedersi di fasi richiama molto da vicino lo schema del delirio indicato da *Freud*: *io (uomo) amo lui* (a cui segue come effetto della difesa dagli impulsi omosessuali), *io non lo amo, lo odio* (che per meccanismi proiettivi viene avvertito come *non sono io che lo odio, è lui che mi odia, che mi perseguita*). A convalidare questa tesi sarebbe anche il fatto, manifestatosi apertamente in due casi di *Cargnello* e *Lukinovich*, che talora emergono, impulsi omosessuali nei confronti dello sperimentatore. E la premessa omosessuale — necessaria per l'ipotesi di *Freud* — spiegherebbe anche perchè la nostra paziente abbia sviluppato il suo delirio non in rapporto al medico (uomo) ma in rapporto all'infermiera.

Comunque, dato lo scarso numero delle nostre osservazioni ed il raro e fugace insorgere del delirio, non pretendiamo di avere dimostrato che il delirio del lisergizzato, si svolga secondo questi meccanismi psicodinamici, ma ci pare utile attirare l'attenzione su di essi perchè l'ipotesi di *Freud*, confermata in alcuni singoli casi, attende ancora una dimostrazione su larga scala.

In conclusione la sindrome da *Lsd* com'è descritta dalla letteratura e come è stata osservata nei nostri pazienti s'impenna secondo noi, sui seguenti cardini fondamentali: 1) fenomeni dispercettivi, con andamento a *poussée*, che provocano una sensazione di alterate dimensioni della realtà e dell'Io, costantemente criticati dal soggetto. 2) disturbi della coscienza che, seppure di grado lieve, fanno sempre da sfondo a tutto il quadro. 3) dilatazione del mondo

emotivo con caratteristici fenomeni di transfert positivo nei riguardi del medico. 4) rari spunti deliranti in rapporto al personale presente nell'ambiente.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA SCHIZOFRENIA E SINDROME LISERGICA.

Prima di intraprendere l'esame comparativo tra la sindrome lisergica e la schizofrenia, sarebbe doveroso riassumere alcune nozioni su quest'ultima malattia.

Ma affrontare l'argomento della schizofrenia anche solo nei suoi aspetti semeiologico e diagnostico, significherebbe addentrarsi in un problema così vasto e così complesso che va al di là dello scopo di questo lavoro e per di più ci porterebbe fatalmente ad incagliarci sui ben noti, ma inevitabili, scogli, rappresentati dai numerosi punti oscuri che questa psicosi presenta.

Per il nostro scopo — quello di fare una diagnosi differenziale tra intossicazione lisergica e schizofrenia — è sufficiente ricordare quei principii fondamentali che guidano lo psichiatra nella sua diagnosi, tanto più che nella discussione che seguirà saranno di volta in volta stabiliti i singoli confronti tra sintomi del lisergizzato e sintomi dello schizofrenico. Potrà sembrare strano che si avverta la necessità di ricordare i criteri diagnostici basilari della schizofrenia, ma leggendo le argomentazioni portate da alcuni AA. a sostegno di una analogia tra schizofrenia e sindrome lisergica, si ha talora l'impressione che essi abbiano trascurato di garantirsi, prima di parlare di quadri schizofrenici, che fossero presenti quell'insieme di condizioni che caratterizzano e definiscono la schizofrenia.

Abbiamo detto in precedenza che non sempre il semplice rilievo di uno o più sintomi permette di arrivare ad una diagnosi psichiatrica e questo è particolarmente il caso della schizofrenia.

Il lento progresso che è stato raggiunto da *Kraepelin* in poi sulle conoscenze di questa psicosi, principalmente battendo la via indicata da *Bleuler* è stato possibile grazie ad un'analisi in profondità del mondo psicologico dello schizofrenico che ha permesso di individuare, almeno sul piano semeiologico, alcune strutture schizofreniche fondamentali.

Lo psichiatra di oggi ha quindi a disposizione una serie di nozioni che gli possono permettere facilmente la diagnosi, a patto però che egli si dedichi ad un'analisi minuziosa ed approfondita del malato onde sviscerare quell'insieme di sintomi patognomonici, spesso latenti, che rivelino una comune struttura schizofrenica.

Ogni schema diagnostico valido poggia quindi su di un insieme di sintomi che si integrano e si giustificano a vicenda. *Bleuler*, infatti dopo aver individuato e magistralmente descritto un sintomo cardinale della schizofrenia, il disturbo delle associazioni logiche, ha ritrovato corrispondenti dissociazioni nella vita affettiva e nel comportamento, enucleando un insieme di elementi fondamentali e convergenti.

Attorno a questo cardine della struttura schizofrenica rappresentato dalla discordanza con le sue varie manifestazioni nella sfera del pensiero (pensiero dissociato, neologismi, etc.), degli affetti (ambivalenza, negativismo, etc.) e del comportamento (manierismi, bizzarrie, etc.) si articolano un insieme di altri fattori. *Ey*, per non citare che uno dei trattatisti più moderni, vi affianca altri due sintomi, secondo lui essenziali per la diagnosi: il delirio e l'autismo.

Chiusa questa breve parentesi, esaminiamo ora quali di questi sintomi comunemente considerati fondamentali per la diagnosi di schizofrenia si ritrovano nella sindrome da Lsd.

E cominciamo dall'esempio più convincente che è rappresentato dall'autismo.

Dalle nostre osservazioni, come pure dall'esame della letteratura, non risulta, salvo un'unica eccezione riportata da *Rinkel e Coll.*, che quest'ultimo sintomo si attui durante l'intossicazione lisergica. Al contrario il lisergizzato prende contatto attivo con l'analista, apre i suoi pensieri anche più reconditi, svela i suoi complessi, cerca spiegazioni e consigli, invoca aiuto a mano a mano che egli avverte con terrore di smarrirsi e di allontanarsi dalla realtà. Da più parti si è sottolineato che tale atteggiamento del lisergizzato costituisce un elemento favorevole per svolgere una psicoterapia o financo affermato che la Lsd, per il suo effetto di riportare alla coscienza gran copia di ricordi infantili e di materiale inconscio e per la sua capacità di mobilitare un transfert positivo con il medico, è una droga terapeutica. *Giberti e Coll.* riportano casi di guarigione ottenuti con questo mezzo.

E' ovvio che tali atteggiamenti del lisergizzato sono completamente in contrasto con l'autismo dello schizofrenico, il quale ha instaurato un dialogo sempre più monco e saltuario con l'ambiente. Anche quando lo schizofrenico, ed è raro, cerca aiuto presso il medico, lo fa in genere in modo diverso, poco convincente ed in ogni caso meno aderente alla situazione. Questa sola disparità fondamentale basterebbe a dimostrare quanta distanza vi sia fra il lisergizzato e lo schizofrenico.

Neppure abbiamo mai osservato segni di *discordanza* in nessuna delle sue molteplici espressioni, nè siamo al corrente che altri AA. abbiano segnalato chiari fenomeni di questo tipo insorti in lisergizzati. (*)

E, dopo il fondamentale contributo di *Bleuler* che ha individuato nella discordanza il nucleo caratteristico delle psicosi schizofreniche, spingendolo a ribattezzare la demenza precoce con il nuovo fortunato termine schizofrenia, come si può parlare di effetto schizofrenico della *Lsd*, quando nell'intossicazione lisergica non si ritrovano segni di discordanza?

Dei tre sintomi che *Ey* indica come fondamentali per una diagnosi di schizofrenia, due dunque mancano del tutto nel lisergizzato, il terzo, il *delirio*, è invece talora presente.

Abbiamo visto quali sono le caratteristiche del delirio del lisergizzato: esso ha carattere interpretativo, si presenta assai fugace, non è in rapporto alcuno con la gran massa di disturbi percettivi o vere allucinazioni che investono il paziente. Ma l'elemento più importante ai fini della differenziazione con la schizofrenia è il modo con cui il delirio è espresso dal paziente. Esso non viene mai manifestato con sicurezza, decisione e completa convinzione, ma come un qualche cosa di cui il paziente sembra avvertire l'erroneità, o di cui comunque non è certo. A questo proposito assai dimostrativi sono i termini usati dai pazienti di *Cargnello* e *Lukinovich*, a cui chiediamo venia se prendiamo a prestito alcune frasi riportate nel loro lavoro: "mi sembra che lei mi stia prendendo in giro . . . Lei alle volte mi sembra un inquisitore . . . Ho la netta sensazione che lei mi vuol fare qualche cosa . . . ecc.". Altre volte le impressioni deliranti vengono riferite in forma interrogativa. Questi spunti di critica del delirio stesso, uniti al tipo prevalentemente interpretativo dell'esperienza delirante del lisergizzato, ricordano più le reazioni deliranti dei sensitivi di *Kretschmer* che non i veri deliri schizofrenici. Senonchè la loro estrema fugacità li distingue anche da questo tipo di delirio, e tenendo conto della particolare situazione in cui si verificano, ed il particolare modo in cui si strutturano, si avvicinano di più a quelle momentanee

(*) Non può certo essere considerato un fenomeno di discordanza quello stato di dissociazione della coscienza dell'io che si accompagna alle *posées* allucinatorie, perchè esso non costituisce un elemento primario bensì secondario al senso di mutamento che il soggetto avverte nella realtà e nel proprio io. Non vi è quindi una vera dissociazione del tipo schizofrenico, e semmai una dissociazione a grandi blocchi secondo il concetto di *Blinder* per cui il paziente conserva i poteri logici in diversi stati o gruppi ideativi, pur dimostrando una certa sconnessione tra essi, sconnessione che del resto egli stesso constata e critica.

percezioni deliranti, che, in particolari situazioni altamente emotive, anche l'individuo normale può avvertire. Inoltre nelle nostre diciotto esperienze, solo due volte si è osservato l'insorgere di interpretazioni deliranti, per cui non si può certo dire che sia questo un effetto costante e fondamentale della Lsd. Ciò è ammesso anche da *Rinkel*, uno dei più decisi sostenitori dell'effetto schizofrenizzante della Lsd.

Accanto a questi sintomi cardinali della schizofrenia, ve ne sono altri che per essere stati chiamati in causa nella sindrome lisergica, meritano di essere presi in esame.

Taluni AA., ad esempio, hanno invocato un effetto schizogeno della Lsd basandosi sul fatto che essa, a forti dosi, provocherebbe uno stato *catatonico*. Due fatti contestano la validità di questa affermazione: anzitutto altri AA., tra cui *Sanguineti* e *Coll.*, negano recisamente che la Lsd produca questo effetto, sia nel normale che nello schizofrenico e neppure noi lo abbiamo osservato. In secondo luogo la catatonìa non può essere considerata un sintomo specifico della schizofrenia (*Bleuler*), tanto più che essa è provocabile sperimentalmente nell'uomo e nell'animale con le droghe più diverse (bulbocapnina, etil-uretano, insulina, ecc.).

Per quanto riguarda poi i *fenomeni dispercettivi*, diremo subito che essi sono sostanzialmente differenti nella schizofrenia e nella sindrome da Lsd. In quest'ultima hanno solo raramente carattere di vere allucinazioni, sono estremamente variabili, sono quasi esclusivamente visive o cenestesiche e non provocano nel soggetto alcuna emozione se non quella derivante dall'abnormità stessa del fenomeno: fenomeno che è quasi sempre però avvertito come estraneo e messo in rapporto con l'effetto del tossico. Inoltre, le allucinazioni del lisergizzato, si accompagnano a tutta un'altra serie di disturbi percettivi (illusioni, fosfeni, ecc.) che permettono al soggetto di inquadrare allucinazioni e allucinosi nel campo degli altri disturbi sensoriali. Nei nostri casi, non si è mai osservato che le allucinazioni dessero origine o servissero ad alimentare lo sviluppo di temi deliranti.

Nello schizofrenico, invece, i fenomeni allucinatori non si presentano per lo più accompagnati da tutto un corteo di altri disturbi della percezione, hanno prevalentemente carattere uditivo (*Bleuler*), provocano nel soggetto intense reazioni emotive connesse al contenuto dell'allucinazione stessa, non vengono riconosciute come fenomeni patologici (sono quindi vere allucinazioni), sono integrate e strettamente collegate con i temi deliranti.

Vi è poi un altro sintomo che può prestarsi ad avvicinare la sindrome lisergica alla schizofrenia: la *depersonalizzazione*. Se, come afferma Ey, la depersonalizzazione fa parte delle esperienze deliranti dello schizofrenico, essa tuttavia non costituisce un sintomo specifico. Infatti può presentarsi come fenomeno episodico e passeggero anche nel normale, soprattutto in condizioni di grave stanchezza o nelle fasi di passaggio tra la veglia ed il sonno. Ciò premesso, dobbiamo aggiungere che nel lisergizzato la depersonalizzazione si presenta per lo più non come un fenomeno prolungato e duraturo, ma a crisi che vengono vissute in genere con un'angoscia notevole ma transitoria, e al termine di ogni crisi il soggetto non tarda a valutarla nel suo reale significato di effetto farmacologico. La depersonalizzazione del lisergizzato si manifesta quindi con carattere di transitorietà, anche se è fuori di dubbio che queste crisi sono nel lisergizzato intense e numerose. Per di più essa appare nel lisergizzato strettamente legata e direi quasi conseguente, ai fenomeni allucinatorii cenestesici, per cui assume carattere di depersonalizzazione somato-psichica, mentre nello schizofrenico vi è per lo più depersonalizzazione autopsichica. Inoltre si trae l'impressione che talora il soggetto arrivi alla depersonalizzazione per un tentativo di estremo salvataggio del suo Io che egli spezza in una parte sana che osserva, ed in una parte malata che subisce la tempesta percettiva. Certo comunque che la depersonalizzazione si presenta nel lisergizzato in termini più comprensibili di quanto si osservi nello schizofrenico.

E infine poche parole sui *disturbi dello stato di coscienza*. Come abbiamo visto essi, oltre ad essere di grado lieve, sono estremamente aspecifici, e più vicini a quelli che si osservano nelle psicosi esogene, nell'intossicazione alcoolica, morfinica, ecc., che non alla psicosi schizofrenica. Non abbiamo mai osservato nel lisergizzato il pensiero dissociato od altre turbe della coscienza, tipiche degli schizofrenici.

In base alle nostre osservazioni ed all'esame della casistica riportata dalla letteratura, non ci sembra quindi possibile affermare che la Lsd realizzi una sindrome avvicinabile alla schizofrenia perchè mancano in essa quelle strutture fondamentali che caratterizzano queste psicosi. Anche quei sintomi come il delirio, le allucinazioni, la depersonalizzazione, ecc., che compaiono talora nel corso dell'esperienza lisergica, risultano solo superficialmente paragonabili ai sintomi psicotici poichè sono in realtà organizzati in modo diverso, non certamente schizofrenico.

CONCLUSIONI

A conclusione del nostro lavoro ci sembra che valga la pena di sottolineare i seguenti punti:

1) La somministrazione ripetuta di LSD a due casi al limite tra nevrosi e schizofrenia ha provocato effetti sovrapponibili a quelli descritti dalla letteratura nel corso di esperienze su individui normali o affetti da disturbi psichici di vario genere. In particolare la Lsd non ha mai dato origine, nei nostri pazienti, che pure erano ai margini della psicosi, ad una sindrome che risultasse di struttura schizofrenica, nè si è osservata un'evoluzione in senso schizofrenico della sintomatologia clinica nemmeno a distanza di tempo.

2) La somministrazione di Lsd provoca una sindrome psichica che possiede caratteristiche costanti e specifiche consistenti principalmente in: a) fenomeni dispercettivi discontinui che alterano le dimensioni della realtà e dell'Io, ma che vengono dal soggetto avvertiti come fenomeni patologici. b) lievi disturbi dello stato di coscienza. c) dilatazione del mondo affettivo con costanti fenomeni di transfert positivo nei riguardi dello sperimentatore. d) rari spunti deliranti di tipo interpretativo in rapporto alle persone presenti nell'ambiente.

3) La sindrome da Lsd non contiene chiari elementi psicotici di tipo schizofrenico, e si distingue dalla schizofrenia per un insieme di elementi che si possono così sintetizzare: a) i sintomi più clamorosi, come ad esempio i fenomeni dispercettivi e la depersonalizzazione, sono instabili e vengono spontaneamente criticati dal paziente. b) la capacità di contatto che il lisergizzato ha con lo sperimentatore, il desiderio di comunicare i suoi stati d'animo, di farsi comprendere ad aiutare, sono agli antipodi con gli atteggiamenti autistici dello schizofrenico. c) mancano nel lisergizzato fenomeni di discordanza: i fenomeni catatonici e le vere allucinazioni sono infrequenti. d) Il delirio, quando è presente, ha struttura di delirio interpretativo di riferimento e si sviluppa solo in rapporto alle persone presenti nell'ambiente. Per la sua fugacità e per lo scarso convincimento con cui è vissuto dal paziente è poco avvicinabile ai deliri schizofrenici, senza tener conto che esso costituisce un evento raro nel corso della intossicazione lisergica, mentre è un fenomeno pressochè costante nel corso di una psicosi schizofrenica.

RIASSUNTO

Vengono riferiti due casi di confine tra nevrosi e schizofrenia trattati con somministrazioni ripetute di Lsd. La sindrome lisergica presentata da questi pazienti non conteneva schietti sintomi schizofrenici, nè si è osservato, come effetto delle sperimentazioni ripetute, un'evoluzione ulteriore, in senso psicotico, della sintomatologia clinica.

Dopo un'ampia discussione sulle caratteristiche psicologiche della sindrome lisergica e sui suoi rapporti con la schizofrenia si conclude affermando che la Lsd non può essere considerata una sostanza schizofrenizzante.

RÉSUMÉ

On rapporte les cas de deux malades souffrant de maladies mentales entre la névrose et la schizophrénie. Ils ont été traités par des administrations répétées de Lsd. La syndrome lisergique de ces malades ne présentait pas des symptômes nettes de schizophrénie. En conséquence des nombreux expériences effectués on n'a pas observé une évolution psychotique des symptômes cliniques.

Après une discussion prolongée sur les caractéristiques psychologiques de la syndrome lisergique particulièrement en rapport avec la schizophrénie on affirme que la Lsd ne peut pas être considérée comme une substance provoquant une syndrome schizophrénique.

SUMMARY

Two borderline cases between neurosis and schizophrenia, treated with not comprise distinct schizophrenic symptoms, nor was further evolution of the clinical symptoms in a psychotic sense observed as an effect of the clinical symptoms, in a psychotic sense, observed as an effect of the repeated tests.

After a thorough discussion on the psychological characteristics of the lysergic syndrome and its relationship with schizophrenia, the article concludes with the statement that Lsd cannot be considered as a schizophrenia producing substance.

ZUSAMMENFASSUNG

Es handelt sich um zwei Grenzfälle zwischen Neurose und Schizophrenie, behandelt mit wiederholter Anwendung von Lsd. Das lysergische Syndrom, das diese Patienten gezeigt haben, enthielt keine klaren schizophrenischen Symptome, weder wurde, als Wirkung wiederholter Behandlungen, eine weitere Evolution der klinischen Symptomatologie in psychotischer Richtung beobachtet.

Nach einer weitgehenden Diskussion ueber die psychologischen Eigenschaften des lysergischen Syndroms und in Bezug auf ihre Beziehungen mit der Schizophrenie, beschliesst man, indem man bestaetigt, dass die Lsd. nicht als, Schizophrenie erregende Substanz betrachtet werden kann.

BIBLIOGRAFIA

- BELSANTI R. — *Acta Neurologica*, 10, 460, 1955.
- BLEULER E. — *Dementia praecox*. Int. Univ. Press. New York 1950.
- BLEULER M. — *Deut. Med. Woch.*, 81, 1076, 1956.
- BLEULER M. — Relaz. tenuta al I° Congr. It. di Neuro-Psico-Farmacologia, Roma, sett. 1958.
- BUSCAINO G. A. e FRONGIA N. — *Acta Neurol.*, 8, 641, 1953.
- CALLIERI B. e RAVETTA M. — *Rass. Studi Psichiat.*, 44, 39, 1955.
- CARGNELLO D. e LUKINOVICH N. — *Arch. Psicol. Neurol. e Psichiat.*, 19, 141, 1958.
- CONDRAU C. — *Acta Psych. Neurol.*, 24, 9, 1949.
- DE GIACOMO U. — *Acta Neurologica*, 6, 11, 1951.
- DELAY J. e BENDA P. — *L'Encéphale*, 47, 169 e 309, 1958.
- EY H. — *Enc. Med. Chir.*, 37282 A¹⁰.
- FORRER G. R. e GOLDNER R. D. — *Arch. Neurol. Psychiat.*, 65, 581, 1951.
- FREDERKING W. — *J. Nerv. Ment. Dis.*, 121, 262, 1955.
- FREUD S. — Casi clinici — Ed. Einaudi — Torino 1952.
- GAMNA G., BONFANTE B. e VILLATA E. — *Rass. Studi Psich.*, 43, 979, 1954.
- GASTALDI G. — *Lav. Neuropsich.*, 14, 299, 1954.
- GASTALDI G. — *Arch. Psicol. Neurol. Psichiat.*, 15, 333, 1954.
- GIBERTI F. e GREGORETTI L. — *Accademia Medica*, 70, 204, 1955.
- GIBERTI F. e GREGORETTI L. — *Sistema Nervoso*, 7, 301, 1955.
- GIBERTI F. e GREGORETTI L. — *Sistema Nervoso*, 9, 275, 1957.
- GIBERTI F., GREGORETTI L. e BOERI G. — *Sistema Nervoso*, 8, 191, 1956.
- GIBERTI F. e BOERI G. — *Sistema Nervoso*, 9, 145, 1957.
- HUCH P. H., CATTEL J. P. e PENNES H. H. — *Amer. J. Psychiat.*, 108, 579, 1952.
- RINKEL M., DE SOHN H. J., HYDE R. W. e SALOMON H. C. — *Amer. J. Psychiat.*, 108, 572, 1952.
- SANDISON R. A., SPENCER A. M. e WHITELAW J. D. A. — *J. Ment. Sci.*, 100, 572, 1952.
- SANDISON R. A. — *J. Ment. Sci.*, 100, 508, 1954.
- SANGUINETI I., ZAPPAROLI G. C. e LARICCHIA R. — *Riv. Sper. Freniatria*, 80, 887, 1956.
- SAVAGE C. — *Amer. J. Psychiat.*, 108, 896, 1952.
- SOGLIANI G. e SAGRIPANTI P. — *Neuropsychiatria*, 13, 149 e 449, 1957.
- WOOLLEY D. W. e SHAW E. — *Proc. Nat. Acad. Sci.*, 40, 228, 1954.