

**Sull'impiego della psilocibina
nella diagnosi e terapia delle nevrosi**

VOLTERRA V. - TIBERI F.

PREMESSA

La maggior parte degli studi sui farmaci psicodislettici e sui loro eventuale impiego in diagnostica e terapia si presta a riserve legate ad insufficiente conoscenza dei meccanismi neurofisiologici di azione di queste sostanze; a scarsa collaborazione tra biologi e clinici durante la sperimentazione umana; a modesta disponibilità dei farmaci e conseguente limitata loro applicazione clinica, ad insoddisfacenti procedure metodologiche per eterogeneità delle somministrazioni e dei soggetti prescelti; ad eccessiva schematizzazione dei risultati; a questioni di ordine morale sulla liceità di sottoporre soggetti normali o nevrotici ad esperienze psicotossiche, a contaminazione di rapporti scientifici con produzioni pseudofilosofiche o letterarie.

Abbiamo cercato, col presente lavoro, d'illustrare gli effetti provocati dalla somministrazione di psilocibina in 40 nevrotici e di prospettare i vantaggi e le riserve che questa applicazione clinica, farmacologica e psicologica insieme, comporta in diagnostica e terapia.

Premettiamo che ci è stato impossibile arrivare ad una sintesi dei nostri dati in quanto la sperimentazione, come d'altronde era

Ringraziamo la Direzione Scientifica della Sandoz S.p.A. che ci ha gentilmente fornito la psilocibina e la LSD₂₅.

inevitabile, ha posto in evidenza solo relazioni parziali, la cui elaborazione significativa è stata resa complessa dalla difficoltà di costruire scale rappresentative di definiti fenomeni e d'identificare unità statistiche per l'elaborazione dei risultati.

Il nostro studio si è soffermato sulle variazioni determinate dalla psilocibina sul « campo psicologico », cioè sull'insieme delle interrelazioni tra soggetto e ambiente e tra condotta e situazione, prendendo in considerazione 5 ordini principali di dati:

I) l'« entourage », formato dal malato, dal medico, dal farmaco e dall'ambiente e dalle modalità di rapporto nel corso della sperimentazione;

II) le condizioni somatiche obiettive e di caratteristiche biologiche, raccolte direttamente o con l'ausilio strumentale (in particolare con l'EEG);

III) la condotta esteriore del paziente, spontanea o provocata e l'esperienza vissuta dal soggetto, comunicata verbalmente o suggerita dal suo comportamento esteriore;

IV) l'espressione e le differenti forme di comunicazione con particolare riguardo al linguaggio e alla mimica;

V) la « performance » ad un test psicologico (il Rorschach). Non sono stati indagati altri aspetti dell'attività del soggetto (per es., la produzione artistica).

Le variazioni indotte sul campo psicologico dalla psilocibina sono state dapprima elencate, nei limiti del possibile, in maniera statistica, e in un secondo tempo vagliate in una prospettiva globale, maggiormente utile ai fini diagnostici e terapeutici proposti.

I

Sull'« entourage », formato dal triangolo paziente-medico-farmaco e dalle circostanze ambientali in cui si è svolta la sperimentazione, la psilocibina ha avuto determinati effetti per motivi situazionali di rapporto, dato che la sua somministrazione è apparsa, in proporzione più o meno larga, un intervento psicoterapico. Essa, in-

fatti, come ogni medicamento (MOHR, HOCH, BAZZI, GIBERTI, GUYOTAT, ecc) ha agito in tre differenti maniere e cioè con un effetto primario o diretto, inteso come azione più costante; con un effetto secondario o indiretto che ha riguardato le risposte soggettive alla azione farmacologica diretta; e infine con un effetto magico o terziario corrispondente alla realizzazione di tutte le aspettative o influenze suggestive del soggetto nei confronti di una presunta attività.

L'attesa di determinati effetti ha modificato la prova, particolarmente in pazienti molto suggestibili, mai comunque però in proporzione tale da compromettere i fini diagnostici e terapeutici perseguiti. Si è potuto constatare ciò, prospettando a 12 soggetti effetti mirabolanti della droga: ebbene, solo 4 di essi hanno avuto un effetto clamoroso sul tipo di quello preconizzato, 6 hanno presentato una risposta normale, mentre 2 non hanno avuto alcuna manifestazione. Negli altri pazienti, sottoposti all'esperimento senza nessuna precedente preparazione psicologica, la proporzione fra risposte clamorose, normali e nulle è stata di poco differente. 3 nevrotici, poi, « predisposti » dalla lettura di giornali e libri divulgativi, ad effetti miracolosi, hanno presentato un quadro psicodislettico notevole, anche se in parte deludente, per la mancata realizzazione dell'atteso « paradiso artificiale ».

Le influenze derivanti dallo sperimentatore, il terreno su cui il medicamento ha agito ed il rapporto interpersonale medico-paziente, con le loro interferenze e interazioni continue, sono state le variabili delle capacità reattive secondarie e terziarie. L'approccio farmacologico ha potuto significare per il paziente ora la prova di una malattia molto grave, ora quella di una mancanza di interesse diretto del terapeuta, ora invece un tentativo di assoggettamento e di aggressione, ora una situazione sperimentale atta a soddisfare esclusivamente le ambizioni del medico. Lo psichiatra ha dovuto quindi analizzare le possibili modificazioni del transfert determinate dall'intervento chemioterapico, non solo, ma anche i motivi di controtransfert che l'hanno condotto al ricorso al farmaco psicodislettico. A questo proposito abbiamo potuto constatare che su 5 medici che hanno somministrato psilocibina ai pazienti, 2 hanno ottenuto una

percentuale proporzionalmente molto bassa di effetti. Causa di ciò è risultato il relativo disinteresse dei sanitari per i loro malati, i quali hanno avvertito questa scarsa spontaneità terapeutica vivendo la prova psicodislettica come punitiva e come allontanamento del rapporto attraverso il farmaco; in altri 2 casi, invece, si è potuto stabilire che il rifiuto di esprimersi significava il disconoscimento del medico come tale e il suo rigetto nel ruolo d'inquisitore.

Come giustamente ha rilevato GIBERTI in analoghe circostanze, soltanto la dinamica psicopatologica del paziente ci ha potuto far comprendere reazioni, che sicuramente hanno oltrepassato i limiti dell'impregnazione farmacologica o di una particolare suscettibilità biologica al medicamento, e fattori che hanno condizionato il risultato al di fuori di quelli preventivati o palesi nelle finalità della applicazione diagnostica e terapeutica. Tra questi ultimi si sono dovuti tener presenti quelli del tutto indipendenti dall'azione medicamentosa, concernenti la tipica risposta dell'individuo a qualunque stimolo, risposta che ha condizionato modificazioni a tutti i livelli del comportamento, e quelli legati alle caratteristiche della manifestazione psicopatologica in trattamento o alla particolare situazione dei contenuti e dei problemi psicologici presenti al momento della indagine. E' quindi ovvio che siano esistite difficoltà di valutazione degli effetti, dato che alcuni segni e sintomi sono apparsi specifici del farmaco, altri, invece, collegati con il rapporto clinico e altri, infine, del tutto indipendenti, in quanto dovuti all'estrinsicazione di disposizioni endogene caratteristiche.

Si sono trattati soggetti con soddisfacente livello intellettuale, personalità sufficientemente conservata e buona cooperazione, escludendo i senili, gli oligofrenici e quelli con insufficienza epatica o con alterazioni dell'apparato neuromuscolare, cardiocircolatorio e renale. La cronicità dei disturbi non ha obbligatoriamente influito sull'esito del trattamento.

Questo ha trovato il miglior impiego quando è apparsa insopportabile la situazione analitica, si sono incontrate sovrastrutture depressive, difficoltà di comunicazione, condotte autopunitive a ripetizione, tendenza all'impulsività. Il tipo di reazione è variato a seconda dell'elemento significativo (isterico, fobico, ossessivo, ecc.).

I migliori risultati si sono ottenuti in soggetti bloccati in un circolo ripetitivo di attitudini stereotipate, impossibilitati ad accettare sul piano della realtà gli elementi frustranti della propria cronistoria, incapaci di arrivare ad una presa di coscienza della propria drammaticità umana, ad un « acting out » liberatore, a un riconoscimento delle modalità di configurazione della propria angoscia, o, come dice GEBSATTEL, di porsi un divenire, una scelta, un rapporto. In essi, il mancato contatto con l'alienista non è apparso solo un sintomo costitutivo dello stesso quadro psicopatologico o comportamentistico, ma si è espresso su un piano esistenziale come impossibilità all'« incontro ». In questi soggetti si è notata infatti una netta discrepanza tra l'« espresso » e il « vissuto ». I personaggi, che si sono presentati, come hanno notato in analoghi casi DAUMEZON e HUGUET, non hanno coinciso con le persone, per la introduzione nel rapporto di una dimensione di facilità e di artifici propri della loro personalità: la dilazione, le manovre « d'évitement », i tentativi di schivare risposte precise, di aggirare il senso delle domande, di fraintendere le questioni per giustificare una risposta di traverso, per tentare di portare l'investigatore all'accettazione di un dialogo vicino, ma denaturato dall'intima convinzione.

Come dice COURBON, talora i pazienti non hanno comunicato niente, pur avendone l'aria, oppure, come afferma OULES, hanno celato il « tema fondamentale » come se su di esso gravasse un'insuperabile ostacolo, oppure hanno manifestato l'inconscio rifiuto d'impegnarsi direttamente nel dialogo, col tentativo, come in una recita, di farsi delegare dai sintomi. La reticenza, come dice DAUMEZON, è apparsa in questi casi « una forma allusiva più o meno eloquente, un modo particolare di dire ciò che si è », ma ha segnato nei pazienti il fallimento del rapporto.

La tecnica della relazione col malato è consistita allora nello scegliere e adottare il personaggio al quale il paziente potesse accordare il ruolo più « benefico » per la guarigione e, dato che nei nostri soggetti la guarigione poteva passare solo attraverso l'allontanamento delle reticenze, questa operazione ha assunto un'importanza fondamentale.

I pazienti, sempre in attesa di un contatto umano risolutore di quei conflitti intrapsichici, che non hanno saputo affrontare da soli, hanno dimostrato, nella relazione duale, la paura che « il dire » l'esperienza costrittiva della propria conflittualità possa significare « crearla e strutturarla » e contemporaneamente il desiderio di essere da essa separati attraverso la distanza, che l'« espresso da parte dell'altro » può mettere. Per uscire dalla loro malattia essi hanno perciò richiesto dal medico un atteggiamento di comprensione alla nevrosi e la capacità di proporre soluzioni ai loro problemi.

La psilocibina, assecondando questo rapporto, ha potuto svelare ed ingigantire nei malati la sostanziale incapacità a tradurre sul piano del reale l'affermazione del proprio io e dei propri desideri, e favorire le tendenze all'evasione ed al rifugio in un mondo fantastico, con accentuazione della sintomatologia preesistente. Essa si è dimostrata così una droga rivelatrice degli aspetti più significativi delle situazioni psicopatologiche vissute da nevrotici, i quali hanno reagito alla sua somministrazione con una serie di effetti di vario tipo e significato, di grande utilità conoscitiva. La prova ha permesso così un intervento psicoterapico diretto sulle strutture e dinamiche psicopatologiche dei pazienti, praticamente irrealizzabile senza l'applicazione del farmaco, determinando in tal maniera un risultato finale di ordine non solo biologico, ma anche psicologico.

Per quanto riguarda l'aspetto tecnico della prova, una dose, pari a circa 0,25 mg/Kg di psilocibina, è stata somministrata per via orale, a digiuno, a 40 pazienti destrimani, di sesso maschile, di età compresa fra i 18 e i 46 anni. In 11 casi la prova è stata ripetuta dopo 8-10 giorni, con lo stesso farmaco, in 16, invece, con LSD₂₅. Solo 3 pazienti sono stati sottoposti a più di 5 prove.

Per la posologia, ci siamo attenuti a uno dei dosaggi più alti tra quelli indicati nella letteratura. In caso di mancato effetto si è ripetuta la somministrazione con dosaggi maggiori (fino a 40 mg) senza ottenere però risposte di tipo psicodislettico, ma solo marcati effetti tossici con sonnolenza ed apatia. Una volta perciò superata la posologia sopracitata senza risultati apprezzabili, ci è parso inutile

insistere in una prova di scarsa utilità e con possibili effetti nocivi.

Tutti i soggetti durante, dopo e al di fuori dell'esperienza psilocibinica, sono stati trattati psicoterapeuticamente.

La sperimentazione, controllata costantemente dal medico e registrata su magnetofono, è sempre stata eseguita in una stanza arredata semplicemente e il più possibile isolata dai rumori. Gli interventi dell'esaminatore sono stati ridotti al minimo (rassicurazione, richieste di approfondimento di determinati contenuti, ecc.). La presenza del medico, in funzione di elemento catalizzatore, è però apparsa assolutamente indispensabile.

L'ora serale, la stanza buia o in penombra, e la posizione supina ad occhi chiusi, hanno favorito la produzione psicosensoriale e l'emergenza del materiale mnesico. Stimoli sonori accidentali, o la occasionale intrusione di estranei (medici o infermieri) nella sala d'esperimento, sono stati inglobati da 3 soggetti nei loro racconti simbolicamente o per condensazione come in un sogno.

Alla fine della prova i pazienti sono stati invitati a descrivere la loro esperienza che è stata ulteriormente analizzata nei giorni successivi.

Gli effetti farmacologici sono comparsi dopo un periodo di latenza di 30-40 minuti, hanno raggiunto l'acme progressivamente dopo 60-90 minuti e si sono mantenuti costanti sino alla 3^a - 4^a ora. In seguito, con una successiva defervescenza, le condizioni psichiche si sono normalizzate tra la 5^a e la 6^a ora. È succeduta poi una fase di forte astenia e sonnolenza.

L'analisi post-psilocibinica, che ha completato l'esperienza durante lo stato d'animo abituale del paziente, è apparsa altrettanto importante ai fini diagnostici e terapeutici di quella eseguita durante lo psicomia.

Nella fase di revisione della prova con rielaborazione e precisazione del materiale, il comportamento dei pazienti non è stato uniforme e ciò è sembrato dovuto al fatto che in 8 di essi il ricordo dell'accaduto, limitato al contenuto significativo della dinamica nevrotica (omosessuale, religiosa, bellica, ecc.) senza ulteriori particolari, non è stato sempre preciso.

Di particolare interesse si è dimostrato il riascolto della produzione verbale registrata col magnetofono, sia per l'analisi psico-linguistica, sia per il chiarimento di alcuni punti, sia per lo studio delle associazioni, dei lapsus e delle dimenticanze, sia per le reazioni stesse dei pazienti davanti ai propri elaborati. Nei soggetti con parziale amnesia dell'esperienza psicodislettica, dopo un iniziale stupore, sono subentrate una forte « abreaction » e una fase finale di serenità e di collaborazione per la successiva psicoterapia.

La prova è risultata gradita nella maggioranza dei casi (26), indifferente in 10 soggetti nei quali non ha dato alcun esito (se si eccettua una marcata sonnolenza in 4) e sgradita in altri 4, dove un'angosciosa sensazione di depersonalizzazione e di morte imminente ha scatenato una reazione aggressiva contro il medico, reo di aver eseguito « un esperimento pazzesco e pericoloso ». Questa aggressività, presente anche dopo la scomparsa degli effetti psicotossici e accompagnata dal rifiuto di ripetere l'esperienza, è stata però seguita in 3 casi da una sorprendente attenuazione del quadro nevrotico, quasi che un meccanismo catartico, saturando valenze autopunitive dei pazienti, avesse permesso loro il ristabilimento.

II

Oltre a manifestazioni psichiche di cui tratteremo oltre, sono stati osservati sintomi neurologici e neurovegetativi tra loro intricati e in successione cronologica variabile, che possono essere così schematicamente riassunti nella loro frequenza di riscontro.

Sono comparsi in 16 casi tremore statico distale agli arti superiori e in 1 accentuazione del tremore preesistente; in 24 grimaces particolarmente a tipo morsicatura delle labbra; in 8 incoercibile bisogno di movimento o di cambiamento di posizione; in 3 atteggiamenti catatoneggianti e inibizione gestuale della durata di alcuni minuti; in 8 accentuazione dei riflessi profondi.

Inoltre, in tutti i casi, soprattutto all'inizio, si sono avute bouffées vasomotorie al volto e alla parte distale degli arti, spesso accom-

pagnate da sensazione soggettiva di caldo e da lievi variazioni in più o in meno della pressione arteriosa e delle pulsazioni cardiache (mai superiori, rispettivamente, ai 15 mm Hg e ai 20 battiti al minuto primo). 24 soggetti hanno presentato saltuaria sudorazione avvertita dalla maggioranza dei pazienti in maniera più intensa di quanto obiettivabile; 12 hanno accusato per breve tempo dispnea con accentuazione della frequenza e profondità degli atti respiratori; 16 hanno avuto ripetute salve di sbadigli; 14 hanno provato, in diverse fasi della prova, nausea e dolenzia in regione epigastrica o mesogastrica e hanno avuto numerose eruttazioni; 15 hanno lamentato un'intensa sete estinta da piccole quantità di acqua e tutti hanno saltuariamente avvertito sensazioni di testa vuota e di capogiro. In 8 casi, poi, soprattutto nella fase iniziale, è stata accusata cefalea gravativa in sede nucale o frontale; in 24 vi è stata lieve midriasi con conservazione della riflettività pupillare; in 2 si sono avute ripetute minzioni (2 o 3) nel giro di 60 minuti, a partire dalla 2^a ora della sperimentazione, e in altri 2 si è riscontrato un aumento di 1°C della temperatura corporea.

Per quanto concerne le ricerche strumentali, l'EEG, esaminato in 28 soggetti durante l'azione della psilocibina, ha posto in evidenza, mezz'ora circa dopo l'ingestione del farmaco, un tracciato piatto e desincronizzato in 20 pazienti e un ritmo alfa piccolo piuttosto instabile e frammisto ad asprezze in altri 3. Questi reperti, due ore circa dopo l'inizio della prova, sono stati modificati dalla comparsa di onde theta irregolari, alquanto numerose verso la 3^a-4^a ora della sperimentazione. Successivamente il tracciato è andato normalizzandosi.

Una correlazione elettroclinica ha evidenziato, in linea di massima, che l'attività rapida e aspra ha coinciso con l'efflorescenza dei disturbi psicosensoriali e di depersonalizzazione, con le vivaci ecmnesie e con il periodo della maggiore comunicazione, mentre la fase delle onde lente è apparsa in concomitanza coll'estinzione degli effetti psicodislettici e del torpore finale. In 10 casi, dove l'effetto psilocibinico è stato scarso o nullo, i reperti incontrati hanno, in un certo senso, confermato queste correlazioni, dato che la fase

di desincronizzazione è apparsa piuttosto breve, mentre più prolungata è stata quella delle onde lente frammiste all'alfa.

In conclusione, alle dosi qui usate e per i soggetti qui trattati, la psilocibina ha presentato sull'EEG un'iniziale e relativamente breve azione attivante, seguita da un'altra di tipo inibente più prolungata.

III

L'azione del farmaco si è configurata in un effetto biologico diretto di stimolazione dell'umore, in una evasione di controllo delle funzioni mentali e in una riorganizzazione apparentemente anarchica dei processi del pensiero in armonia con le istanze istintive piuttosto che con le esigenze della realtà.

L'effetto timolettrico è risultato assai chiaro nelle forme a forte componente astenica e depressiva, con comparsa di un sentimento di riacquistata fiducia, legato all'improvvisa rivelazione di possibilità insperate e al riconoscimento da parte del malato di una prospettiva, di un mondo proprio, latente, non depressivo e nevrotico. 25 soggetti hanno denunciato un notevole innalzamento del tono dell'umore e un miglioramento della cenestesi; 8 hanno affermato di non essersi mai sentiti così bene e hanno richiesto perciò la ripetizione della prova; 2 addirittura di non necessitare più di cure e di essere guariti.

Contemporaneamente c'è stata un'azione psicodinamica con grande vantaggio nella relazione paziente-medico. Nella quasi totalità dei casi si sono osservati miglioramenti di tale rapporto. Il transfert, spesso molto forte durante il periodo sperimentale, è continuato anche più tardi, diminuendo le resistenze. Un'analisi del materiale raccolto durante l'azione della psilocibina, come già constatato da MOREAU DE TOURS nello studio degli stati confuso-onirici provocati dall'hashish, ha permesso di disporre di materiale incoscio, di chiarire molti problemi e di precisare forme cliniche poco chiare, come se si verificasse « una psicoanalisi chimica » (DELAY). Lo sta-

to tossico sperimentale ha potuto chiarire infatti tratti latenti della personalità, in quanto il paziente, in base alla sua particolare produzione (psicosensoriale, ecmnesica, ecc.), espressione della sua «determinata» maniera di essere, giocando il doppio ruolo di osservatore e di osservato, ha potuto contemporaneamente vivere da vicino e osservare a distanza il simbolismo inerente allo stato indotto dal farmaco e quindi comporre il suo passato con il presente, per arrivare con il medico ad una « sintesi psicobiografica » (DELAY).

Per quanto riguarda i sintomi psichici, a carico della sfera istintiva, in 2 pazienti è comparso eccitamento erotico.

A carico della sfera affettiva, in 21 casi, ansia e depressione, accompagnate da sensazione di morte imminente e autocompassione, particolarmente intense in 12 soggetti, hanno caratterizzato la prima parte della sperimentazione; in seguito, in 8 pazienti sono succedute oscillazioni dello stato timico e in 11 una netta euforia con subeccitamento, che però non ha mai richiesto l'interruzione della prova o la contenzione; in 13 soggetti, invece, apatia ed indifferenza, già preesistenti, non hanno subito modificazioni. In 29 malati si sono avute saltuariamente manifestazioni di riso immotivato, talvolta in contrasto, e comunque non correlate, con lo stato timico: in 16 casi si sono frammiste crisi di pianto in gran parte immotivate.

A carico dello stato di coscienza in 24 casi, e in maniera assai accentuata in 7, si è assistito ad una diminuzione del controllo discriminativo delle attività psichiche sul genere di quello riscontrabile negli stati oniroidi. I malati hanno avuto piena coscienza della artificiosità dei loro sintomi, ma se ne sono resi conto solo a tratti, nonostante la riconosciuta attribuzione della loro insorgenza all'effetto farmacologico. Si sono avuti quasi costantemente disturbi dell'orientamento spaziale nel senso d'imprecisione nello stabilire i rapporti dimensionali di distanza, di rilievo e profondità; con modificazione dell'«apparenza» degli oggetti e delle correlazioni del campo percettivo; tutti i soggetti hanno poi dato valutazioni notevolmente inesatte, in difetto e in eccesso, della durata parziale o totale della prova, e hanno avvertito un senso di perturbazione dello scorrere del tempo.

A carico della sfera psicosensoriale non si è potuto del tutto confermare l'osservazione di CARNELLO e LUKINOVICH, nella sperimentazione con LSD₂₅, di una proporzione inversa fra emergenze complessuali e fenomeni psicosensoriali, essendo stati questi ultimi talora intimamente connessi alle prime.

Da 3 casi è stata accusata un'iperacusia sgradevole e da uno è stata ripetutamente udita « una voce esterna ed interna ». 8 soggetti hanno denunciato la comparsa di disopsie cinestetiche (il soffitto e le pareti ondulate ed in movimento, con dilatazioni, restringimenti, ondeggiamenti); 18 hanno avuto sensazioni visive figurate e 29 sensazioni elementari di macchie colorate, palline, linee, spirali ferme o in movimento, fiamme, ecc.; in 4 casi infine, la forte componente catatimica di un'emergenza complessuale ha determinato la comparsa di rappresentazioni sceniche. 2 soggetti hanno poi avvertito uno sgradevole sapore bevendo e 6 fumando; un malato si è lamentato per un odore disgustoso simile a « puzzo di cadavere »; in 2 pazienti sono state ripetutamente avvertite parestesie a tipo formicolio a carico del viso e degli arti e in 2 altri vi è stata una sensazione soggettiva di differenza dimensionale dello stesso oggetto posto nelle due mani.

A carico dello schema corporeo, della personalità e dei rapporti con il mondo esterno, 21 soggetti hanno avuto un'indefinibile impressione di « mutare in seguito ad un avvenimento straordinario »; 8 di aumentare in altezza e in grandezza sia in tutto il corpo che in singole parti (limitatamente all'emisoma destro in un caso; con sensazione di schiacciamento del torace in un altro). Un malato ha avuto l'impressione momentanea di essere rimasto privo della testa e un altro degli arti superiori. In 2 casi sono state sporadicamente accusate difficoltà a mantenere le normali connessioni segmentali. Un altro paziente ha invece provato una sensazione di forza enorme. In 3 soggetti, con transitoria risposta catatonica, è stata denunciata un'impossibilità al movimento degli arti. Sensazioni di levitazione, caduta, precipitazione, movimento di sé e diverso orientamento del corpo nello spazio, sono comparsi in 6 casi. Un soggetto, sottoposto due volte alla sperimentazione, ha avuto, nella prima,

una specie di dialogo con sè stesso, nell'altra riferendosi a sè, ha parlato talvolta in terza persona.

Verso l'ambiente esterno vi è sempre stato da parte di tutti i malati un notevole disinteresse unito all'impressione di stranezza delle cose circostanti.

Nei confronti dell'esaminatore, in 3 casi (quelli accompagnati da transitoria risposta a tipo catatonico) si è avuta opposizione, seguita, in uno, da ricerca di contatto e di appoggio; negli altri vi sono state alternanze di simpatia ed antipatia, di sottomissione ed aggressività.

A carico dell'attenzione, della memoria e dell'ideazione tutti i soggetti hanno accusato difficoltà di concentrazione, perplessità, pensieri inafferrabili. In 4 casi vi è stata effervescenza ideativa trasformatasi poi in uno stato di eccitamento. L'attenzione spontanea e provocata è sempre apparsa labile. In 2 malati, con transitoria reazione a tipo catatonico, vi è stato un senso di inibizione ideica. In 8 soggetti è comparsa convinzione di morte imminente all'inizio della prova; in altri 12 è stato interpretato come ostile l'atteggiamento dell'esaminatore e in 2 si è avuta un'accentuazione dei contenuti fobici. In 10 casi infine vi è stata un'emergenza complessuale, ad intensa partecipazione affettiva, con ecmnesie vivacissime. Il racconto degli avvenimenti passati è risalito all'età infantile, o si è fissato su alcune esperienze traumatizzanti degli anni precedenti. La rivelazione drammatica di aspetti complessuali ha determinato una forte "abreaction", alla quale è seguita una riduzione dell'ansia e una parziale risoluzione della situazione nevrotica.

Per alcune ore dopo la prova, tutti i malati hanno presentato forte ipostenia, scarsa comunicativa e perplessità. Pur senza serbare di essa un completo ricordo, hanno sempre avuto la sensazione di aver vissuto un'esperienza insolita, difficilmente comunicabile.

Illustriamo ora alcune esemplificazioni sugli aspetti da noi riscontrati, particolarmente utili a scopo diagnostico e terapeutico, ripetendo ancora che le modalità d'azione della psilocibina non

sono sempre state individuabili, né che esse sole si son potute ritenere responsabili delle conseguenze finali del trattamento.

1) Nel caso seguente, un episodio importante da un punto di vista patogenetico è stato rivissuto e recitato come una pantomima in uno stato confuso-onirico.

S. Luigi, di a. 29, operaio. Presenta una sindrome depressivo-ansiosa con clamorose manifestazioni di disperazione, teatrali dichiarazioni di autosoppressione e rifiuto di attendere al lavoro. La sintomatologia è iniziata quando il paziente, indebitatosi per l'acquisto di una motocicletta, non è riuscito a far fronte ai propri impegni.

Durante l'esperienza con psilocibina, il soggetto rivive una scena, in cui, trovandosi a giocare in un caffè, perde tutto il suo denaro e contrae grossi debiti. Egli sembra essere realmente impegnato in una partita di ramino, inveisce contro la sfortuna, nomina le carte, commenta il gioco, colloquia con l'avversario, si agita e si emoziona. I richiami dell'esaminatore lo scuotono momentaneamente, come se lo risvegliassero da un sogno, poi lo lasciano indifferente. Alla fine, stanco e piangente, si addormenta. Nell'analisi successiva, il soggetto serba un ricordo vago dell'accaduto: « Vedevo davanti a me quelle carte maledette — dice — sono state loro la causa dei miei guai; ora capisco perché stavo male; mi sentivo in colpa per aver buttato via tanti soldi con le carte invece di portarli ai miei bambini. Può star sicuro che non giocherò più. Mi sento liberato da un peso, perderò quel brutto vizio, lavorerò e pagherò i debiti e non sciupperò più il denaro nel gioco ».

2) In quest'altro caso, un' « intuizione illuminante » del paziente ha permesso di rilevare elementi psicopatogeni di connessione causale.

M. Francesco, di a. 32, marittimo. Entra in Clinica perché da dieci mesi è ansioso, teme di avere una grave malattia cardiaca, di svenire o morire d'infarto, non riesce a svolgere il lavoro. Inoltre è atterrito dalla sola prospettiva di terapie iniettive, per cui rifiuta ogni intervento farmacologico se non per via orale. Durante la prova con psilocibina, il soggetto viene colto da una crisi d'angoscia, penosissima e sfibrante. La presenza del medico non basta a tranquillizzarlo: si sente morire, « i minuti sono contati », grida ad alta voce il nome della moglie e di un figlioletto deceduto un anno prima, è impossibile comunicare con lui. Improvvisamente il paziente ha un attimo di smarrimento, poi grida: « Ecco, ora vedo chiaro... E' proprio

così... E' stato per la morte del mio bambino che mi sono ammalato... Quando me l'hanno detto mi sono sentito morire... Una fitta al cuore, che mi è salito in gola... Mi sembrava di svenire da un momento all'altro... Poi sono venuti a farmi una puntura che è stata l'ultima della mia vita ». Più tardi il paziente racconta: « E' stata una cosa miracolosa... Chissà perché non ho mai pensato, che le crisi e le paure fossero espressione del mio dolore per la morte del bambino ».

3) Nel caso seguente, in un soggetto refrattario ad altre cure, si sono potute cerare le premesse per una felice evoluzione di una sintomatologia nevrotica.

A. Libero, di a. 33, medico. Fin dall'adolescenza avverte un grave senso d'inferiorità e presenza parziale impotencia coeundi. Durante la prova, così esclama: « E' una cosa stupenda, non riferibile... Mai riuscirei a dire esattamente cosa percepisco... So solo che sono diverso, che il mio orizzonte si è aperto, che c'è la possibilità anche per me di un mondo migliore dal quale non ne sono escluso... Il bello poi è proprio questo: che nonostante sappia che è la psilocibina che mi fa provare tutto ciò, tuttavia so che queste sensazioni splendide sono mie e che quindi ho veramente anch'io un mondo meraviglioso in me, del tutto sconosciuto ».

Questo processo di « rinforzo » delle funzioni integrative dell'Io, questa condizione in cui il soggetto ha compreso che "potrebbe essere così" anche nella vita di ogni giorno, ha costituito per il paziente un tangibile, diretto e vissuto incentivo per un impegno psicoterapico, che in seguito ha portato a un netto miglioramento della sua sintomatologia.

4) Nel seguente caso, l'aspetto depersonalizzante è stato vissuto in una maniera particolarmente utile ai fini terapeutici.

G. Sandro, di a. 28, impiegato. Entra in Clinica in quanto presenta una nevrosi depressiva, con senso di incapacità, fallimento, insoddisfazione in tutti i rapporti, impotenza fisica e psichica. Durante la prova, egli così si esprime: « Mi sento come due persone, una sono proprio io, e sono lì sul banco degli accusati, l'altra sono pure io, ma un io migliore... Quasi che fossi lei... Cioè è come se fossi un medico o un giudice, insomma uno che vede e capisce le cose malate o sbagliate... Quello che deve mettere a posto, che dice come ci si deve comportare in futuro... Poi mi accorgo improvvi-

samente che sono proprio io questo giudice e questo medico, e che l'altra mia parte è ingombrante e da buttar via... Una mascheratura dove mi sento calato senza convinzione ».

Nell'analisi successiva il soggetto afferma di rendersi conto di aver condotto finora la sua esistenza in maniera non consona alla sua natura, con sovrastrutture "pseudointellettuali", dapprima indossate solo « per buttare polvere negli occhi », poi veramente vissute al punto da cadere in un vero "autoinganno".

Il soggetto, avendo avuto modo di vivere la propria situazione con un altro io, per la distorsione prodotta dalla psilocibina sull'« immagine di sé », o nei suoi aspetti intellettuali ed oggettivi (« effetto depersonalizzante - derealizzante », secondo GIBERTI, GREGORETTI e BOERI), ha potuto in seguito utilizzare, con ottimi risultati, l'approccio psicoterapico.

5) In questo malato, la riproduzione di un sogno ricorrente, con contemporanea comprensione di esso in riferimento alla propria sintomatologia, ha avuto un effetto terapeutico determinante.

R. Corrado, di a. 46, impiegato. Da 2-3 anni si sente finito, è pessimista sul suo futuro, soffre di "ejaculatio praecox". Nonostante abbia avuto modo di frequentare donne bellissime e ricchissime, non si è mai deciso a sposarsi perché, a suo dire, non riesce a provare per loro veri sentimenti di affetto. Durante la prova « rivede » un sogno ricorrente che lo terrorizza: uccide una persona, forse un familiare, quindi lo seppellisce nei pressi della propria abitazione; egli poi ricerca disperatamente la salma senza riuscire a trovarla. Mentre fa il suo racconto, chiedendone l'interpretazione al medico, improvvisamente esclama: « Ora capisco tutto: la donna, che uccido, è mia madre, che non ho mai conosciuto, perchè è morta di parto; io infatti cerco sempre in tutte le donne l'immagine protettiva e affettuosa della madre, che purtroppo invece non troverò più; ciò mi rende ansioso nei rapporti sessuali e compromette ed impedisce ogni impegnativo legame sentimentale ».

6) In questo paziente la psilocibina ha determinato un effetto catartico e di liberazione con mobilitazione di dinamismi affettivi e rottura d'inibizione, che mantenevano represse e nasco-

ste situazioni
ficato, che si
trattamento

G. Giulian
e, fin dall'età
tere piuttosto
famiglia, che
lavorare, accu
ha frequenti
madre una p
andato definit
Vedo perfetta
la cinghia da
ero io... Ora
capo-servizio,
tormenta sem
disturbi sono
lui molto sti
nei suoi rigu
derideva e ri

7) In
minato una

B. Gius
sporcio e si
care e lascia
mente spint
ciare molto
dando poi
Questa scen
del medico

8) I
dentement

F. Giu
imbarazzat
conversazio

ste situazioni, ricordi ed elementi conflittuali di notevole significato, che si sono potuti poi inserire ed utilizzare in un successivo trattamento psicoterapico.

G. Giuliano, di a. 37, tramviere. Ha avuto un'infanzia piuttosto difficile e, fin dall'età di 10 anni, ha dovuto lavorare per mantenersi. Di carattere piuttosto chiuso, si è però sempre dimostrato molto affettuoso con la famiglia, che si è formato. Da alcuni mesi non se la sente più di andare a lavorare, accusa cefalee varie, è ansioso e insonne. Durante la prova, ha frequenti crisi di pianto. « Mio padre — afferma — era un ladro; mia madre una puttana; le liti erano continue fino a che mio padre se ne è andato definitivamente. Mi sento tremare ancora al ricordo di quel periodo. Vedo perfettamente una scena in cui vengo picchiato selvaggiamente con la cinghia da mio padre, dato che alla fine di tutte le liti chi ci rimetteva ero io... Ora mio padre cambia aspetto — lo riconosco — è il mio attuale capo-servizio, che mi picchia con la cinghia: è un sadico, mi sfotte, mi tormenta sempre, mi vuol rovinare ». Dopo la prova spiega che tutti i suoi disturbi sono iniziati con il pensionamento del vecchio capo-servizio, da lui molto stimato, e che si era sempre dimostrato affettuoso e protettivo nei suoi riguardi. Il suo successore, invece, uomo prepotente e villano, lo derideva e rimproverava in continuazione per mancanze inesistenti.

7) In questo soggetto psicastenico, la psilocibina ha determinato una grottesca pantomima ossessiva.

B. Giuseppe, di a. 29, colono. Da 8 anni ha cominciato a temere lo sporco e si deve lavare continuamente. Nel prendere gli oggetti, li deve toccare e lasciare tre volte; ha paura delle cose appuntite, si sente irresistibilmente spinto a « scrivere sulle mosche ». Durante la prova, senza pronunciare motto, il paziente tocca tre volte tutti gli oggetti della stanza, andando poi ogni volta, fra il contatto di un oggetto e l'altro, a lavarsi le mani. Questa scena, durata oltre mezz'ora, è stata interrotta solo dall'intervento del medico e dall'iniezione di un potente neuroplegico.

8) Nel caso seguente, un'emergenza complessuale, precedentemente ignorata, ha avuto un improvviso effetto rivelatore.

F. Giuseppe, di a. 22, macellaio. Da 2 anni ha cominciato a sentirsi imbarazzato sul lavoro. Teme di diventare rosso; non riesce a sostenere la conversazione con le donne. Ultimamente ha diminuito anche i contatti

con gli amici, in quanto con essi si trova molto imbarazzato senza sapersene spiegare il motivo. Durante la prova compare un'intensa eccitazione, dapprima etero poi omosessuale. Più volte l'ingresso nella stanza di medici o infermieri gli scatena timore, e nello stesso tempo desiderio, di essere aggredito sessualmente.

È da precisare che dall'indagine anamnestica non è risultato che il paziente abbia mai avuto o desiderato relazioni omosessuali; vi è stata soltanto un'eccessiva timidezza nei rapporti con le donne, che scompariva negli incontri con prostitute; tale timidezza si è tramutata poi in una vera paura, che si è estesa alle persone dello stesso sesso con compromissione di ogni contatto sociale. È da notare che questa situazione è insorta nel paziente, durante la pubertà, dopo una grave infestione elmintica. L'involontaria attenzione anale, determinata da questa malattia, è apparsa essere la causa di timori omosessuali e d'inibizione nei rapporti amorosi.

In questo caso, non solo la tematica complessuale è stata focalizzata e reintegrata nel contesto della personalità, perdendo la sua carica patogena (effetto di "stagnazione complessuale" secondo CARGNELLO), ma si sono create le premesse per cui tutta la situazione psicologica del paziente potesse essere rivista con occhi diversi.

9) In questo soggetto è stata possibile la reviviscenza di memorie represses, di alto valore psicotraumatizzante.

S. Giovanni, di a. 21, studente. Da circa un anno è taciturno, triste e appartato. Fa risalire il suo disturbo a preoccupazioni di ordine sessuale: infatti, nonostante numerosi tentativi, non è riuscito ad avere un rapporto sessuale completo con la fidanzata. Il dispiacere per questi insuccessi si è aggravato quando, per una bravata fatta insieme ad alcuni compagni (sistemazione di alcuni bidoni in mezzo ad una strada, con intralcio del traffico), si è attirato l'ostilità dei compaesani che l'hanno definito « un poco di buono e un teddy-boy ».

Durante la prova con psilocibina, il paziente scoppia a piangere e appare in preda ad una forte angoscia. Improvvisamente ricorda una scena della sua infanzia, che gli appare di estrema attualità. Si rammenta infatti che una volta suo padre, mentre egli aveva 6-7 anni, lo sorprese con una coetanea in un fienile, mentre questa gli toccava i genitali. Il genitore, in quell'occasione, minacciò di picchiarlo con un tubo di gomma e di castrarlo.

Nel
la causa
da attril
no ad o
prendent
tuazione
to di un
esperienz
cocartati

I
canismi
portato

R. D
alcuni m
parla poc
zitto piut
possono c
suo assun
liari si a
periodo b
fici, alla
riuscito a
ha milita
tuttora è

Dura
mantiene
nuto in
proprio p

Dura
« Non so
è che no
voglia, co
Ho una
vinto lei.
ha narrat
è venuto

Nell'analisi postpsilocibinica, il paziente afferma di ritenere che la causa della sua improvvisa impotenza al momento del coito, sia da attribuire alla impressione ricevuta durante questo episodio, fino ad ora represso. Il soggetto, che ha rivissuto con realismo sorprendente l'evento-trauma e il collegamento significativo della situazione passata con l'attuale atteggiamento affettivo, si è reso conto di uno sblocco, di una liberazione emotivo-affettiva e di una esperienza purificatrice di indubbio valore terapeutico («effetto psicocatatartico» di SANDISON, GIBERTI e coll., ecc.).

10) In quest'altro paziente la riduzione e la rottura dei meccanismi di resistenza difensiva e il rinforzo del transfert hanno portato alla rimozione di equilibri e adattamenti patologici.

R. Dino, di a. 46, impiegato. Viene ricoverato dai parenti, perché da alcuni mesi, pur continuando a svolgere normalmente la propria attività, parla pochissimo e si mostra distaccato da tutti. Afferma di preferire star zitto piuttosto che parlare con persone incompetenti, che senza dubbio non possono capirlo, ed elude qualsiasi domanda dicendo che in fondo è affar suo assumere un determinato atteggiamento piuttosto che un altro. Dai familiari si apprende che il paziente ha avuto numerose traversie nell'ultimo periodo bellico, durante il quale ha partecipato, con estremi rischi e sacrifici, alla lotta partigiana. Portato davanti a un plotone di esecuzione, è riuscito a salvarsi in circostanze fortunate; in seguito, terminata la guerra, ha militato con estremo fervore in un partito di estrema sinistra, dove tuttora è iscritto e per il quale amministra alcune cooperative.

Durante il colloquio, numerose narcoanalisi e week-analisi, il soggetto mantiene verso il medico l'atteggiamento di disprezzo e sufficienza mantenuto in casa nei riguardi dei parenti. «In fondo — afferma — non so proprio perché vi impicciate dei miei affari».

Durante la prova con psilocibina, scoppia improvvisamente a ridere. «Non so cosa mi succede — esclama — ma devo vuotare il sacco; il fatto è che non c'è niente da ridere, ma mi viene così senza che ne abbia la voglia, come il parlare, che adesso mi sembra necessario e indispensabile. Ho una ridda di idee e di ricordi nella testa che devo comunicarle... Ha vinto lei, dottore, non ce la faccio più a star zitto». In seguito il paziente ha narrato la serie delle sue traversie politiche e l'estremo disagio, in cui si è venuto a trovare quando ha riscontrato nei suoi compagni di partito

malafede, opportunismo e compromessi di ogni genere. Questa situazione, vissuta in maniera frustrante, come crollo di tutti i suoi ideali, lo ha portato a un progressivo distacco da ogni rapporto e a rinchiusersi in un «magnifico isolamento», che ora invece gli appare sciocco e pretenzioso. « Ci voleva proprio lei, a farmi capire come questo mio atteggiamento fosse sbagliato... e la medicina che mi ha stimolato alla confidenza con un bisogno assoluto di spiegarmi, di farmi intendere e di essere compreso ».

Il mutamento significativo nella relazione psicologica medico-paziente durante e dopo l'esperienza (fenomeno del « transfert positivo » di CARGNELLO e LUKINOVICH) ha determinato nel soggetto la necessità dell'aiuto e dell'appoggio del medico, con un'incontenibilità alla comunicazione, che ha raggiunto talora il grado di una vera e propria « coazione al confessarsi » (CARGNELLO e LUKINOVICH).

Il soggetto, in seguito, con una breve serie di sedute psicoterapiche senza l'aiuto della psilocibina, ha potuto mantenere in famiglia e in società un soddisfacente adattamento.

11) In questo caso la tempesta vegetativa provocata dalla psilocibina ha determinato un netto miglioramento di un quadro ipocondriaco ritenuto cronico.

F. Sergio, di a. 29, colono. Dopo un'operazione di fimosi a 22 anni, ha cominciato ad accusare cenestopatie varie, cefalea, rachialgie, dispepsia, difficoltà urinarie, tachicardia, fame d'aria, ecc., che gli hanno sempre più limitato l'attività lavorativa.

Dopo la somministrazione di psilocibina, il paziente viene colto da una angoscia estrema. « Mi sento morire! Madonna!... Cosa m'avete fatto!... Gesù!... I miei bambini!... Muoio, muoio!... » sono le frasi spezzettate, che pronuncia con il volto arrossato, contratto, sudato e in preda a vivissima agitazione. Troncata questa sintomatologia con la somministrazione di neuroplegici, il paziente cade in un sonno profondo. Al risveglio esclama: « Sono spossato, ma mi sento bene, felice e sereno come non sono mai stato. Mi pare di essere rinato, di essere uscito dalla tomba. E' stata l'esperienza più tragica della mia vita. Ora sto meglio e non avverto più i dolori e i disturbi ».

Il profondo malessere vegetativo, l'acuirsi delle sofferenze psicologiche e l'angoscia, comparse nel corso dell'esperienza, hanno

costit
che.
e ada
e Bo
di m

farnu
e a u

a
taratt
orch
tenu
di es
prova
(ross
è col
cieco
In se
più s
angos

(un
non
lizza
conf

a ric
anno
abba
ubri

Affe
mat
si u
con

costituito in questo soggetto un vero e proprio urto psicotossico, che, infrangendo la cristallizzazione neurotica, basata su equilibri e adattamenti patologici ("effetto shock" di GIBERTI, GREGORETTI e BOERI), e riattivando le energie psichiche sane, gli ha permesso di mantenere anche in seguito un soddisfacente stato di salute.

12) Particolare interesse rivestono questi tre casi in quanto il farmaco è stato somministrato a un grave amaurotico, a un sordo e a un mutilato con arto fantasma.

a) M. Mauro, di anni 28, invalido. Pressochè cieco dalla nascita per cataratta congenita, suona da vari anni la fisarmonica e la tromba in piccole orchestre paesane. Da alcuni mesi è divenuto piuttosto ansioso in quanto teme che qualcuno inavvertitamente possa rompere i suoi strumenti o che su di essi le mosche depositino microbi o vi cada dell'insetticida. Durante la prova, il paziente ha uno stato euforico con visione di colori molto accesi (rosso e giallo) e di figure umane di medici e di donne. Poi improvvisamente è colto da angoscia: « Non vedo più niente — esclama — sono divenuto cieco! », come se solo in quel momento si rendesse conto della sua infermità. In seguito avverte una voce esterna, poi interna, che gli dice che non deve più suonare la tromba. Questa sensazione accentua ulteriormente la sua angoscia, per cui si interrompe la prova, somministrando un neuroleptico.

L'interesse di questo caso sta, a nostro avviso, nella comparsa (unica registrata) di disturbi psicosensoriali uditivi, particolare che non può essere trascurato in un soggetto pressochè cieco, dove l'utilizzazione vicariante dell'udito, nelle relazioni col mondo esterno, conferisce a questo senso una « penetranza » del tutto eccezionale.

b) S. Armando, di a. 44, invalido. Sordomuto dalla nascita, in seguito a rieducazione ora riesce a parlare in maniera intelleggibile. Da circa un anno, dopo un dispiacere sentimentale, è scontroso, irritabile, insonne: ha abbandonato ogni attività lavorativa e si è messo a bere in maniera smodata, ubriacandosi frequentemente.

Dopo la somministrazione di psilocibina, ha improvvisi scoppi di risa. Afferma di vedere il medico, gli oggetti e le pareti della stanza storti e deformati, come se fosse ubriaco, e di sentire una strana euforia, come quando si ubriaca e riesce a dominare il senso di paura, che lo coglie nel contatto con gli altri, per quel senso di riferimento che la sua infermità determina.

In questo caso, durante la prova, sono apparsi evidenti non solo i nuclei centrali del comportamento patologico del paziente, ma anche la motivazione della sua reazione di stordimento nell'alcool.

c) G. Guido, di a. 62, invalido. (N.B. Il soggetto non rientra nella casistica qui esposta). A 56 anni, in seguito ad incidente motociclistico, ha avuto un grave trauma cranico con commozione cerebrale di alcune ore e frattura del braccio sinistro con lacerazione dei muscoli e dei nervi alla altezza della spalla. Per tale motivo è comparsa paralisi dei muscoli dello avambraccio e della mano di sinistra con atrofie, retrazioni e dolori intensissimi. Questa sintomatologia algica è stata combattuta con la morfina fino ad un vero stato di tossicomania, senza però alcun risultato. Per tale ragione, il paziente ha subito, a 60 anni, la disarticolazione dell'arto superiore sinistro all'altezza della spalla. D'allora, dopo un periodo di apparente benessere di circa 40 gg., ha avuto una continua sensazione dolorosa di arto fantasma, particolarmente accentuata nelle ore serali. Sottoposto a terapia del sonno, il disturbo è scomparso, ma con la psilocibina la sensazione di arto fantasma è improvvisamente ricomparsa. «Non solo sento tutto il braccio che mi fa male, ma lo rivedo come era prima dell'intervento. Mi pare proprio di non aver subito l'operazione e quasi di potermi muovere con esso come se nulla fosse accaduto».

13) Nel caso seguente, una sintomatologia depressiva con elementi endogeni e reattivi è sparita subito dopo la somministrazione della psilocibina, come quando in certi melanconici, durante trattamento con ESK, improvvisamente ricompare un normale tono dell'umore e di colpo si spezza il "continuum" dell'esperienza dolorosa.

F. Ugo, di a. 24, operaio. Dopo il servizio militare, durante il quale è stato sottoposto a dure fatiche e a scherzi e maltrattamenti da parte dei commilitoni, è diventato mutacico, depresso, spesso piange senza motivo; afferma di non riuscire più a svolgere il suo lavoro e di essere ridotto a una "larva d'uomo"; non vuole più uscire di casa. Poco dopo l'ingestione di psilocibina, esclama: «Non sono mai stato così bene. Sono come prima, anzi meglio di prima. Lei ha compiuto un miracolo, dottore. Mi sembra di essere in paradiso». Anche nei giorni successivi il tono dell'umore del paziente si è mantenuto ottimo, tanto che al ritorno a casa, ha potuto riprendere la sua attività e i suoi normali rapporti sociali.

14) L' assunto for-
tomatologia
livello inte

a) G. I
intelligenza,
ama fare lo
gantemente.
di una mod
si fa mante
pluriquotid
musica, du
naccia gli
picchia gli
senta una
essa, succe
esperienza.

b) S.
casistica q
ferato om
carie in t
con molta
funzionale
La scala
alla lieve
Dopo
stopatie
sonnolenza

Sol
psilocibi
tamento
l'altra,
della fi
impiegg
distanzi
menti f

14) Negli isterici-immaturi, la reazione psicodislettica ha assunto forse estremamente elementari con accentuazione della sintomatologia in atto. Quanto più però il soggetto è stato di basso livello intellettuale, tanto minore è apparso l'effetto psicodelico.

a) G. Romano, di a. 19, operaio. Ragazzo vivace, dotato di discreta intelligenza, vive coi genitori, di carattere debole. Estremamente vanitoso, ama fare lo spaccone con le donne, frequentare locali di lusso, vestire elegantemente, avere l'automobile. Non potendo disporre col suo lavoro che di una modesta cifra di denaro, da due anni frequenta omosessuali dai quali si fa mantenere. Pochi mesi prima del ricovero ha iniziato ad avere crisi pluriquotidiane della durata di mezz'ora - un'ora, a suo dire scatenate dalla musica, durante le quali, in stato di semincoscienza, si butta per terra, minaccia gli amici, tenta di morderli al collo « come Dracula », ride, piange, picchia gli astanti. Dopo somministrazione di psilocibina, il paziente presenta una delle solite crisi, seguita da pianto sfrenato e sonno profondo. Di essa, successivamente, afferma di non serbare ricordo, sebbene, durante la esperienza, sia stato possibile constatare un discreto stato di vigilanza.

b) S. Emilio, di a. 18, marmorino (N. B. Il soggetto non rientra nella casistica qui esposta). Il padre è stato condannato all'ergastolo per un ef-ferato omicidio. Vive con la madre oligofrenica in condizioni assai precarie in un paese del meridione. Ha fatto le prime tre classi elementari con molta fatica, ripetendo varie volte. Da due anni presenta una paresi funzionale agli arti inferiori, insortagli dopo un lieve attacco reumatico. La scala di intelligenza di Wechsler-Bellevue rivela un Q. I. corrispondente alla lieve deficienza.

Dopo assunzione della psilocibina il soggetto presenta dapprima cene-stopatie varie, localizzate soprattutto agli arti inferiori, poi una notevole sonnolenza. Non si è potuto registrare alcun altro effetto.

Solo tre pazienti sono stati sottoposti a cure prolungate con psilocibina. Nel primo, in un medico di 33 a., già sottoposto a trattamento psicanalitico con 8 prove distanziate 12 giorni l'una dall'altra, si sono potuti ottenere una maggior sicurezza, una ripresa della fiducia ed un ottimo riadattamento sociale; nel secondo, un impiegato di 32 a., con notevoli dissapori coniugali, in 6 sedute distanziate 10 giorni l'una dall'altra, con l'analisi di alcuni momenti frustranti legati alla situazione di disadattamento, è stata pos-

sibile la ripresa dei rapporti col coniuge; nell'ultimo un commerciante di 41 a., notevolmente ansioso e fondamentalmente depresso, in 7 prove distanziate 10 giorni l'una dall'altra, con l'aiuto della sensazione nuova indotta dal farmaco, ha potuto riprendere la sua attività, rimuovere con disinvoltura alcune inibizioni e incominciare un trattamento psicoanalitico per il quale, in passato, provava resistenze insormontabili.

11 altri casi hanno effettuato due o tre prove con psilocibina, 10 con LSD₂₅ (in 4 prima e in 6 dopo psilocibina), mentre in altri 6 si è effettuata una prova di tolleranza crociata.

Al momento attuale non riteniamo possibile fare un'analisi differenziale completa sugli effetti prodotti dai due farmaci e sulla rispettiva utilità in campo diagnostico e terapeutico. Dalla nostra casistica possiamo però trarre le seguenti significative constatazioni:

- 1) Non è esistita, in linea di massima, una netta specificità d'effetto e d'indicazione della psilocibina rispetto alla LSD₂₅. I soggetti "sensibili" alla psilocibina sono apparsi "sensibili" anche alla LSD₂₅, così come scarsi sono stati gli effetti di entrambi i farmaci negli psicotici (VOLTERRA e TIBERI).
- 2) Si è registrata un'attenuazione dell'effetto psicodislettico in prove successive sia con la psilocibina che con la LSD₂₅, sia, in misura minore, intercambiando i due farmaci e aumentandone le dosi (prove di tolleranza crociata). Se pur è vero che gli individui "sensibili" sono apparsi sempre suscettibili di effetto psicodislettico, tuttavia questo si è attenuato sempre più col ripetersi delle prove, come se l'organismo ne venisse immunizzato. Nelle prove ripetute a distanza di 10 gg., si è avuta costantemente una diminuzione progressiva degli effetti, fino alla loro quasi totale scomparsa, residuando solo nelle ultime una sensazione di stranezza e una migliore capacità di rapporto e di comunicazione. Somministrazioni di psilocibina a distanza di oltre 6 mesi in due soggetti con precedenti psicomia clamorosi, hanno dato esiti relativamente modesti, per quanto di gran lunga superiori a quelli ottenuti in altri casi con prove ravvicinate; essi sono apparsi

notevolmente precedente

- 3) L'effetto p da psiloci e allucino temente a
- 4) La psiloci lettico, ch festato pe azione è dato che presentato pensabile a dosi m
- 5) La psiloc l'emergen
- 6) Non si so due sosta tiazinici
- 7) L'accomp psicodisle (angor, 4 pazien

Di fondificazioni e dirizzo diagn fondimento stessa.

L'espre

notevolmente deludenti ai pazienti che volevano ricrearsi la precedente esperienza.

- 3) L'effetto psicomimetico da LSD₂₅ è apparso più potente di quello da psilocibina, per quanto riguarda gli aspetti depersonalizzanti e allucinogeni. Esso si è accompagnato però molto più frequentemente a manifestazioni angosciose.
- 4) La psilocibina, molto più della LSD₂₅, ha avuto un effetto timolettico, che, già presente talvolta durante la prova, si è manifestato per lungo tempo anche dopo la fine di questa. Questa azione è sembrata essere indipendente da quella psicodislettica, dato che è stata riscontrabile anche in soggetti che non hanno presentato il caratteristico psicomia. Non è quindi del tutto impensabile l'utilizzazione di questo farmaco come antidepressivo, a dosi minime e in trattamenti prolungati.
- 5) La psilocibina ha provocato, con maggior frequenza della LSD₂₅, l'emergenza di ricordi e la facilitazione del transfert.
- 6) Non si sono mai notate tendenze tossicomani per nessuna delle due sostanze, le quali sono apparse ben antagonizzate dai fenotiazinici e dai barbiturici.
- 7) L'accompagnamento neurovegetativo, proporzionale all'effetto psicodislettico, è stato più marcato nei suoi aspetti sgradevoli (angor, nausea, vomito, ecc.) con la LSD₂₅, farmaco col quale 4 pazienti hanno rifiutato di rifare l'esperienza.

IV

Di fondamentale importanza ci è apparso lo studio delle modificazioni espressive e mimiche indotte dalla psilocibina per l'indirizzo diagnostico e terapeutico seguito nella prova e per un approfondimento fenomenologico e valutativo della psicosi sperimentale stessa.

L'espressione, infatti, significativa di per sé in quanto manife-

stazione di un significato in una forma, priva di una finalità diretta, come l'azione, è apparsa rivelatrice della maniera di essere al mondo dell'individuo e della sua particolare situazione.

Così, per esempio, il senso delle manifestazioni di riso e di pianto, assai frequenti durante la prova (29 casi), prive, almeno in fase iniziale, di correlati contenuti ideo-affettivi di gioia e di dolore, si è precisato, nel quadro più ampio di tutta l'esperienza psicodislettica, tenendo presente che in queste circostanze è affiorato il sentimento di "essere agito", senza però mai assumere l'aspetto di vero automatismo mentale o d'influenzamento xenopatico. Questa situazione ha comportato una disorganizzazione, una rottura che non si è operata nell'io, ma nelle relazioni dell'individuo con il proprio corpo. Egli è restato quello che era (e ne era cosciente), ma l'equilibrio tra "essere un corpo" ed "avere un corpo" è venuto a rompersi. Il perché poi questa situazione abbia provocato il riso o il pianto, la cui opposizione non corrisponde necessariamente a quella tra gioia e dolore (la vivacità e l'abbattimento sono infatti nell'uomo come negli animali, espressione di gioia e dolore), è apparsa dovuta al fatto che probabilmente il riso e il pianto costituiscono, come dice Buytendijk, delle "espressioni di capitolazione", prive di quei caratteri rappresentativi e simbolici indispensabili in ogni vero fenomeno espressivo.

Il riso, infatti, non espressione, almeno nella fase iniziale dell'esperienza psicodislettica, di un'affettività di ordine vitale quale la gioia, è apparsa la manifestazione di un individuo che si è trovato di fronte ad una situazione di aspetto caratteristicamente ambiguo e ambivalente, al limite del comportamento umano, che non ha permesso una risposta ma alla quale non si è potuto sottrarre. Il pianto, invece, ha denotato che per il soggetto è stato impossibile, di fronte alla situazione emotiva, mantenersene distante o avere una reazione adeguata.

Le situazioni che hanno provocato le due manifestazioni sono state quindi, in senso generale, simili. Ad esse l'individuo non ha potuto rispondere in maniera normale e la sola via d'uscita è stata la rottura delle relazioni tra sé e il suo corpo. La differenza fra le

due man
essenzial
personale
pata in

Il p
relazione
(riso), r
del riso
rante la
all'esper

In
inchioda
angoscia
realtà e

Qu
d'espres
emozion
parso a
ne è co
individ
mendo

L
pologia
viment
dalla
concre
rienze

N
nomen
dalle
gati a
degli
mento
spazi

due manifestazioni è risultata, come sempre, che il pianto è stato essenzialmente soggettivo anche se l'occasione di esso non è stata personale, mentre l'occasione che ha provocato il riso si è sviluppata in presenza di altri.

Il pianto e il riso sono venuti quindi a costituire un modo di relazione della personalità con sé stessa (pianto) e con il mondo (riso), relazione che si è confermata nella eventuale constatazione del riso esclusivamente negli individui a contatto col medico durante la prova, e nella sua assenza, invece, nei soggetti abbandonati all'esperienza psicodislettica.

In altri casi (7), la disorganizzazione prodotta dal farmaco ha inchiodato il paziente in un sentimento corporeo di sofferenza, la angoscia, che, determinando la scomparsa di ogni oggetto e di ogni realtà esterna, non ha lasciato posto ad altri contenuti di coscienza.

Questo sentimento sconvolgente ha oltrepassato la possibilità d'espressione e provocato la perdita completa di ogni controllo: la emozione non è appartenuta più al paziente, ma è questi che è apparso appartenere a lei. Ciò nonostante, la disorganizzazione che ne è conseguita ha risentito della personalità e del carattere dell'individuo colpito, e ha quindi avuto una sua espressività, esprimendo appunto l'impotenza davanti all'emozione.

L'espressione mimica ha confermato poi il ruolo vitale e antropologico dell'essere proprio dell'individuo in situazione, con i movimenti che hanno accompagnato i fenomeni psicosensoriali indotti dalla psilocibina. Questi sono variati a seconda delle circostanze concrete della percezione stessa e della carica affettiva delle esperienze vissute o ricordate.

Nelle alterazioni psicosensoriali elementari (29 casi) questi fenomeni ("movimenti prosbolici" di GRATIOLET), da distinguere dalle espressioni in senso stretto, sono apparsi particolarmente legati alla sfera visiva anche per un trasferimento in questo campo degli altri domini della sensazione. Questo fatto è stato probabilmente dovuto, oltre che alla struttura stessa e all'estensione dello spazio ottico, alla preponderanza della percezione visiva nell'uomo.

Nelle risposte al farmaco con produzioni psicosensoriali figu-

rate (18 casi) e di stagnazione complessuale (10 casi), l'onirismo allucinosico dei pazienti ha coinciso, nella maggioranza di essi, con espressioni e situazioni di addormentamento e l'attitudine dell'individuo verso l'immagine o la rappresentazione interiore è stata quella che egli avrebbe avuto di fronte alla presenza sensoriale dello stesso oggetto o all'attualizzazione della situazione stessa. È evidente perciò che si sono potuti comprendere molti aspetti della risposta psicodislettica dall'evidenza e dal tipo di questi movimenti. Soprattutto essi hanno dimostrato, con la loro coloritura, che i contenuti complessuali e le immagini-ricordo sono talora affiorate alla coscienza in rappresentazioni figurate e sceniche con l'evidenza di un attuale vissuto (4 casi).

E a questo proposito pensiamo che si debba parlare non tanto di vera espressione, la cui caratteristica è la spontaneità, quanto di mimica, replica e imitazione di espressioni o di pantomina, serie di imitazioni che hanno accompagnato i rivissuti allucinatori, talora di un'evidenza teatrale clamorosa, tal'altra invece con aspetti di condensazione complessuale di tipo onirico, dove comunque, la significatività è stata evidente per il paziente protagonista. Significatività altrettanto chiara in uno psicastenico, dove fenomeni mimici e gesticolari iterativi, artificiosi, goffi e teatrali, comparsi durante lo psicomma, sono apparsi del tutto adeguati al senso coattivo della situazione del malato.

Assai spesso, invece, si sono notate dissonanza e mancanza di coesione tra il sottofondo espressivo e il contenuto del linguaggio. Tuttavia, anche nelle condotte di comunicazione verbale è stato possibile accertare, sotto l'influenza della psilocibina, determinati cambiamenti interattivi.

Compito alquanto difficile è stato lo scoprire la dialettica tra le esigenze della situazione del paziente e la sua risoluzione verbale, e lo studio dei rapporti tra i suoi bisogni d'espressione e di comunicazione e i mezzi offerti dalla propria lingua.

Per questi scopi è stato eseguito un doppio piano d'indagine: l'un, puramente linguistico, riguardante il vocabolario (il cui repertorio si è precisato nella sua estensione e ricchezza con atten-

zione partico
gli aspetti v
strutturale,
della seman
durante la
rante lo svo

Nello
enunciati e
sono nettan
al sistema
hanno gioc
meccanismo
prova varia

Preme
accurata a
tati secon
trattati, si
un gruppo
ranza dei
del discor
frasi; l'us
sonali; g
interruzio

Di r
soggetti,
struttural
evasivo, l
deperson
il concre
quello al
pompose
quello r

La
del ritm
role o p

zione particolare alle parole privilegiate, deformate e neo-formate), gli aspetti verbali, grammaticali, sintassici e stilistici; l'altro, più strutturale, comprendente i sintomi di deficit o attivi e i disturbi della semantica e della funzione significativa. Esso è stato praticato durante la produzione spontanea, durante l'interrogatorio e durante lo svolgimento di tests.

Nello studio della significazione, intesa come relazione tra gli enunciati e la constatazione empirica dell'ambiente circostante, si sono nettamente distinti due aspetti essenziali: le relazioni interiori al sistema linguistico e le relazioni con l'ambiente circostante, che hanno giocato un ruolo non soltanto sull'uditore, ma anche, con un meccanismo di «feed-back», sul locutore, determinando perciò nella prova variabili interattive, delle quali si è dovuto tenere debito conto.

Premettiamo subito che non siamo stati in grado di fare una accurata analisi linguistica con elaborazione quantitativa dei risultati secondo norme codificate, sia per l'eterogeneità dei soggetti trattati, sia per l'impossibilità di avere, come termine di confronto, un gruppo campione. Abbiamo comunque constatato, nella maggioranza dei casi, sotto l'azione della psilocibina, una spiccata velocità del discorso; una notevole abbondanza e varietà di parole nelle frasi; l'uso indiscriminato del tempo presente e di pronomi personali; grandi quantità di proposizioni indipendenti e frequenti interruzioni.

Di notevole interesse è apparso lo stile particolare dei diversi soggetti, che ha meglio caratterizzato gli elementi significativi e strutturali della loro nevrosi: quello di reticenza, circonlocutore, evasivo, pieno di misteriose allusioni e di sottintesi rivelatori; quello depersonalizzato, svuotato d'articoli, pieno di formule fatte, evitante il concreto e il personale, a profitto dell'astratto e del generico; quello alambiccato, tortuoso ed ermetico; quello affettato, prezioso, pomposo e pedante; quello confuso, allusivo, vago e dubitativo; quello rotto da incidenti interrogativi e contraddittori, ecc.

La semantica e la sintassi sono apparse sacrificate a profitto del ritmo e della fonetica, con frequenti elissi e soppressioni di parole o preposizioni nelle frasi, delle quali però i principali elementi

sono generalmente persistiti con conservazione del senso apparente.

In 5 casi vi sono stati "barrages", arresti bruschi nel corso delle idee per cui i malati hanno interrotto una spiegazione, restando muti per un certo tempo per un'improvvisa ostruzione del corso ideico in 3 soggetti e per una fuga delle idee talmente rapida da non permettere l'espressione sul piano del linguaggio in altri 2. In 5 casi vi è stato un "fading" mentale o evanescenza progressiva del vigore del pensiero: dopo alcune frasi la tensione dell'attività intellettuale si è abbassata a poco a poco, la precisione del pensiero è sparita, l'elocuzione è rallentata, l'articolazione è divenuta meno chiara, le parole sono state appena espresse col movimento delle labbra, le ripetizioni e le espressioni inutili sono aumentate.

In 3 soggetti vi è stata una stagnazione del pensiero: una rappresentazione è persistita per lungo tempo nella coscienza senza essere impiegata utilmente. Nella diffluenza verbale l'idea è stata estesa con circonlocuzioni che non hanno aggiunto niente di nuovo.

In altri 4 casi vi sono state deviazioni del pensiero, con associazioni parassite, che sono continuate indefinitamente in una direzione viziosa, addizioni mnesiche superflue, mescolanza confusa di pensieri intercalati, del tutto inattesi e di aspetto talora assurdo o ironico. La coordinazione temporo-spaziale delle preposizioni è apparsa alterata con tempi dei verbi succedentisi in maniera scorretta, ordine delle preposizioni capovolto e frasi smantellate per interpolazioni incidentali. I legami associativi, evocanti le idee di un medesimo gruppo e di guida al pensiero verso uno scopo, si sono rilasciati e dissociati. La perdita del vigore dell'idea direttrice iniziale ha portato conseguentemente questi soggetti al verbalismo e all'incoerenza.

Il linguaggio, in altri 3 pazienti, è apparso alienato in rapporto al pensiero che voleva esprimere, nella sua stessa funzione di linguaggio. Esso è sembrato infatti aver perduto la sua funzione di comunicazione, per divenire oggetto, da parte del malato, d'una manipolazione immediata apparentemente automatica, di un uso indiscriminato e afinalistico di materiale verbale. Questo linguaggio si è caratterizzato per la sua particolare espressività, ma anche per la sua progressiva incomunicabilità, e ha presentato i caratteri strut-

turali dell'esso è al (GRUHLE) incoerente che è stata pretazione espressioni cui si è nienza, l'ativo di gio corre to cioè te differ espressioni nel cons

L'a mescola però de pognato dividua è regre iniziati del ling di pens Il to di c zione ti del come ludica E il mor l'ha es il ling

turali delle produzioni oniriche: ermetico, ma altamente espressivo, esso è apparso « un linguaggio privato » (JASPERS, SCHNEIDER, GRUHLE). In questi soggetti si sono dovuti distinguere un linguaggio incoerente, irriducibile all'analisi semantica, e uno incomprensibile, che è stato possibile cogliere attraverso un'analisi, come per l'interpretazione di una produzione onirica (onirocritica), costituendo la espressione di uno nuovo modo di essere al mondo dei malati, in cui si è rispecchiato il loro universo morboso. In questa ultima evenienza, la maniera particolare di parlare è apparsa legata a un tentativo di espressione di vissuti e concezioni per le quali il linguaggio corrente non offriva termini adeguati. I pazienti hanno utilizzato cioè delle maniere nuove per esprimere delle sensazioni veramente differenti da quelle correnti. Il linguaggio è apparso quindi una espressione poco deformata e poco elaborata dell'inconscio emerso nel conscio per un'eruzione improvvisa.

L'alterazione è apparsa avvenire secondo due vie intimamente mescolate: da una parte verso un'espressività accresciuta, a scapito però della comprensibilità; dall'altra, nella quale si è trovato impegnato anche il linguaggio stesso, verso una caduta nella scala individuale o culturale dei livelli d'evoluzione fisiologica. Il malato è regredito a dei modi di parlare infantili o primitivi, dialettali o iniziatici, semplificati nella sintassi e concreti. Questa regressione del linguaggio si è operata con una regressione globale di attività e di pensiero del soggetto.

Il linguaggio ha cessato così di essere utilizzato come strumento di comunicazione e di piegarsi alle esigenze variabili della relazione con gli altri e ha tradito la profonda alterazione dei rapporti del malato col mondo circostante. Questo uso è apparso regressivo come la forma stessa del parlare: magica, primitiva e soprattutto ludica.

E' stato quindi nostro compito, una volta reperito e definito il mondo nevrotico del soggetto attraverso il linguaggio alterato che l'ha espresso e segnalato, di ricondurre il paziente, sempre attraverso il linguaggio, a reinserirsi nel mondo al quale è apparso disadattato.

V

Per quello che riguarda i prodotti dell'attività dei soggetti, sotto l'azione della psilocibina, i nostri rilievi si sono limitati alla « performance » di 22 pazienti al test di Rorschach.

Teniamo a precisare che metà di questi si sono sottoposti alla prova una decina di giorni dopo una prima esperienza psicodislettica, mentre nei rimanenti il test è stato presentato durante lo psicomica iniziale. In questo modo si è potuto constatare che la concentrazione attentiva dei pazienti ha determinato un blocco pressoché totale delle alterazioni psicosensoziali e mnesiche e delle esperienze depersonalizzanti che sono apparse però « proiettate » parzialmente sul materiale delle tavole.

Fra gli individui da noi esaminati, 10 non avevano mai fatto alcun esame psicodiagnostico, mentre i rimanenti erano già stati sottoposti al test. La comparazione dei due gruppi ci è stata utile per discernere le caratteristiche indotte dal farmaco dalle modificazioni derivanti dalla ripetizione della prova che potrebbe compromettere l'attendibilità dei risultati.

Possiamo dire che, come diversa è stata la risposta dei singoli all'azione psicomimetica, così, in questa sperimentazione, le variazioni dei protocolli non sono apparse uniformi. Tuttavia abbiamo potuto riscontrare alcuni aspetti abbastanza significativi, tra i quali un effetto extrovertente e di « sensibilizzazione », particolarmente spiccato nei nevrotici ansiosi, e fare osservazioni privilegiate in singoli casi.

In particolare, abbiamo rilevato:

- a) una diminuzione del tempo di latenza e del tempo totale della prova;
- b) un aumento delle risposte di dettaglio e di piccolo dettaglio;
- c) un aumento delle risposte umane e anatomiche;
- d) un aumento delle risposte di colore e forma-colore e di inversione figura-sfondo;
- e) un aumento delle originali, talvolta però negative;
- f) una diminuzione delle risposte di movimento.

In conc
notare, nei
più accentu
critico, min
driaco.

Voglia
registrate d
esempio, al
bra che si
tinuamente
In più non
to di « disc
falla con a
lore scuro
di continu
tanti anim
sere diven
(Tav. X).
reistici, cl
formale c
4), con ri

Infir
sentato n
un altro
come sti
me, ha c
strane, e
so com'è
subito m
racconto

CONCL

L'a
brusca

In conclusione, quindi, se così si può affermare, si sono potuti notare, nei protocolli sotto psilocibina, disinibizione e produttività più accentuate, emotività ed ansia più spiccate, diminuito controllo critico, minore adesione alla realtà, un certo orientamento ipocondriaco.

Vogliamo ora riportare alcune tra le risposte più significative registrate durante le prove. G. Luciano, di a. 25, impiegato, ha, per esempio, affermato: « Non riesco a vedere bene le figure... Mi sembra che si muovano tutte... Non capisco... Mi pare che cambino continuamente forma sotto i miei occhi come se fossero di plastica... In più non riesco a capire i colori, sono così strani ». Questo aspetto di « discromatopsia » è comparso in altri 3 pazienti: « Una farfalla con ali cangianti » (tav. V); « Una pelle di animale di un colore scuro molto strano, che non saprei definire: qualcosa che varia di continuo tra il blu antracite e il marrone » (Tav. VI); « Vedo tanti animaletti colorati in blu-verde e giallo, ma mi sembra di essere diventato daltonico perchè i colori non mi sembrano più loro » (Tav. X). In quest'ultimo caso non sembrano estranei elementi ideorealistici, che però si estrinsecano molto più chiaramente sul piano formale con originali negative (in 10 casi), con figure dimezzate (in 4), con risalto della parte centrale (in 3).

Infine 3 soggetti, alla presentazione delle tavole, hanno presentato manifestazioni di riso, che non hanno saputo giustificare, e un altro (F. Antonio, di a. 23, commerciante), in cui il test ha agito come stimolo aspecifico per lo scatenamento di ecmnesie vivacissime, ha dichiarato: « Ogni figura mi suscita una serie di immagini strane, come se fossi al cinema. Vedo bene cosa si tratta, ma non so com'è, basta uno stimolo stupido come questa macchia perchè subito mi vengano in mente un sacco di avvenimenti. Se l'è interessa, racconto quelli, tanto alla prova non ci credo proprio ».

CONCLUSIONI

L'assenza di un'evoluzione storica del trattamento, per rottura brusca e coercitiva, senza libertà di dialogo, dell'equilibrio che il

e hanno ripreso avvenimenti e problemi mettendone in evidenza le possibilità più soddisfacenti di soluzione.

Il significato dell'esperienza psicodislettica è apparso perciò del tutto analogo a quello del sogno: essa ha riprodotto un avvenimento o ribadito un problema; ha messo in guardia i soggetti sulle alternative delle azioni personali; ha indicato le cause dei disturbi; ha rivelato i punti deboli della personalità e messo di fronte l'individuo alle situazioni che aveva cercato di evitare; ha proposto talvolta anche una soluzione ai suoi problemi; ha in conclusione denunciato il « bluff » del nevrotico, rendendolo edotto delle sue disponibilità, costringendolo a responsabilizzarsi e restituendolo alla sua integrità.

Per quanto riguarda la liceità del trattamento con psilocibina, crediamo che, come per altri presidi psichiatrici (per esempio lo ESK), non si possa misconoscere, in nome di un moralismo di bassa lega, la validità di un metodo che se pur può provocare alcuni inconvenienti, d'altronde perfettamente controllabili, è però in grado di apportare, sul piano diagnostico e curativo, degli indubbi vantaggi. E' ovvio, comunque, che l'esperienza psicodislettica non deve essere fine a sè stessa in quanto con la sua azione sarebbe imperfetta, incompleta e, in molti casi, nociva, ma che in base ad essa il paziente deve venire approfondito, studiato e ricostruito sul piano dei rapporti umani. Per questo abbiamo dovuto mantenere una condotta particolare per ogni singolo caso durante quella che DELAY ha chiamato « oniro-analisi ».

La differenza di reattività al farmaco dei singoli soggetti e di questi, sebbene in misura molto minore, ai diversi farmaci, ci ha insegnato infatti che nella situazione psicodislettica esiste, da un lato, una componente endogena, dall'altro, una esogena, delle quali bisogna tenere debito conto, e che la droga provoca sì lo stato psicodelico, ma è il soggetto che ne produce il contenuto, così come una stimolazione del lobo temporale determina uno stato onirico, ma ciò che si sogna è strettamente individuale.

Le obiezioni, in questo campo, van dunque fatte, a nostro avviso, sul piano dell'impostazione terapeutica generale e non sulla validità del metodo.

e hanno ripreso avvenimenti e problemi mettendone in evidenza le possibilità più soddisfacenti di soluzione.

Il significato dell'esperienza psicodislettica è apparso perciò del tutto analogo a quello del sogno: essa ha riprodotto un avvenimento o ribadito un problema; ha messo in guardia i soggetti sulle alternative delle azioni personali; ha indicato le cause dei disturbi; ha rivelato i punti deboli della personalità e messo di fronte l'individuo alle situazioni che aveva cercato di evitare; ha proposto talvolta anche una soluzione ai suoi problemi; ha in conclusione denunciato il « bluff » del nevrotico, rendendolo edotto delle sue disponibilità, costringendolo a responsabilizzarsi e restituendolo alla sua integrità.

Per quanto riguarda la liceità del trattamento con psilocibina, crediamo che, come per altri presidi psichiatrici (per esempio lo ESK), non si possa misconoscere, in nome di un moralismo di bassa lega, la validità di un metodo che se pur può provocare alcuni inconvenienti, d'altronde perfettamente controllabili, è però in grado di apportare, sul piano diagnostico e curativo, degli indubbi vantaggi. E' ovvio, comunque, che l'esperienza psicodislettica non deve essere fine a sè stessa in quanto con la sua azione sarebbe imperfetta, incompleta e, in molti casi, nociva, ma che in base ad essa il paziente deve venire approfondito, studiato e ricostruito sul piano dei rapporti umani. Per questo abbiamo dovuto mantenere una condotta particolare per ogni singolo caso durante quella che DELAY ha chiamato « oniro-analisi ».

La differenza di reattività al farmaco dei singoli soggetti e di questi, sebbene in misura molto minore, ai diversi farmaci, ci ha insegnato infatti che nella situazione psicodislettica esiste, da un lato, una componente endogena, dall'altro, una esogena, delle quali bisogna tenere debito conto, e che la droga provoca sì lo stato psicodelico, ma è il soggetto che ne produce il contenuto, così come una stimolazione del lobo temporale determina uno stato onirico, ma ciò che si sogna è strettamente individuale.

Le obiezioni, in questo campo, van dunque fatte, a nostro avviso, sul piano dell'impostazione terapeutica generale e non sulla validità del metodo.

Concordemente a quanto affermato da GIBERTI, riteniamo poi che non si debba limitare l'analisi dei sintomi psicodislettici alla superficie, agli aspetti appariscenti o puramente esteriori, trascurandone la valutazione scalare e genetica per tipo e grado di derivazione e per rapporti di dipendenza, o ignorando la maniera con cui il soggetto sente la propria esperienza psicotossica e le modalità psicopatologiche con cui la realizza.

Se pur vi è difficoltà ad apprezzare e comprendere in tutte le dimensioni gli effetti e i meccanismi d'azione della psilocibina, come di tutti i farmaci psicodislettici in generale, bisogna considerare però che questo problema si presenta in psichiatria, dove il controllo clinico e terapeutico delle ipotesi eziologiche molto raramente offre l'acquisizione di dati concreti, anche per altri medicinali (per esempio, i timoletici), i quali presentano tuttavia sul piano curativo validità indiscutibile, pur non essendo ancora del tutto precisata la loro azione biologica.

Riprendendo un concetto di GREEN, si può dire che durante e soprattutto dopo la prova psilocibinica si è assistito a un quadro complesso e nuovo, dove ciò che è apparso modificato è stato una certa distribuzione energetica dell'attività psichica anteriore. La struttura di fondo è restata la stessa che ha definito la qualità, lo stile, l'espressione delle difficoltà psicologiche e il livello di regressione, ma il valore energetico delle produzioni, differentemente espresso, ha permesso un approccio psicologico che non è avvenuto con un ex-nevrotico, ma con strutture nevrotiche ancora presenti, ma vissute in modo da permettere l'apprendimento del loro senso attraverso una comunicazione possibile.

La chemioterapia è divenuta allora mediatrice indispensabile per accedere al paziente e permettergli l'installazione di un nuovo modo di relazione con il mondo, al di là degli effetti immediati, e se anche, per le difficoltà sopra accennate, il metodo è apparso talora non privo di inconvenienti, tuttavia, l'attitudine medica, conservando un buon margine a disposizione, ha permesso il radirizzamento delle storture tecniche, puntando come scopo finale all'incontro con l'individuo.

La psico
soggetto, fino
della sua auto
verso l'elabor

La pros
figurata in u
dei conflitti.
gli adattame
dividuale, ec
coscienza e
lato e in qua
naturalizza

La pro
ter influen
diante l'uso
mento, dato
zare l'attivi
farmacotera
no quindi a
tegrazione.

Vengon
In particola
psicologico

I - l' "c
ambiente e

II - le
colte diretta

III - la
ricenza vissi
comportame

IV - l'
lare riguar

V - le
Dopo

La psicoterapia ha potuto così cogliere la struttura basale del soggetto, fino ad allora inaccessibile, mantenendo intatta la visione della sua autonomizzazione attraverso i suoi mezzi esclusivi e attraverso l'elaborazione reintegrante dell'inconscio al conscio (GREEN).

La prospettiva psicodinamica, che nei nostri pazienti si è configurata in una pedagogia del reale, con lo studio delle motivazioni dei conflitti, del significato incosciente dei sintomi, delle difese, degli adattamenti, del comportamento e dello sviluppo psicologico individuale, ed ha agito per rassicurazione, per catarsi, per presa di coscienza e interpretazione, per analisi della relazione medico-malato e in qualche caso per suggestione, è riuscita a fondere così con naturalezza l'attitudine psicoterapica con quella chemioterapica.

La prospettiva, che a FREUD sembrava molto distante, di poter influenzare direttamente la libido e la vita mentale anche mediante l'uso di sostanze chimiche è apparsa attuata in questo trattamento, dato che un agente farmacologico è stato capace di influenzare l'attività psichica in un quadro di rapporti psicodinamici. La farmacoterapia e la psicoterapia, come preconizzato da RUMKE, sono quindi arrivate, nella prova psicodislettica, ad una reciproca integrazione.

RIASSUNTO

Vengono illustrati gli effetti prodotti dalla psilocibina in 40 nevrotici. In particolare sono esaminate le variazioni indotte dal farmaco sul campo psicologico prendendo in considerazione 5 ordini di dati:

I - l'"entourage", formato dal malato, dal medico, dal farmaco, dallo ambiente e dalle modalità di rapporto nel corso della sperimentazione;

II - le condizioni somatiche obiettive e di caratteristiche biologiche raccolte direttamente o con ausilio strumentale (in particolare con l'EEG);

III - la condotta esteriore del paziente, spontanea o provocata; l'esperienza vissuta dal soggetto, comunicata verbalmente o suggerita dal suo comportamento esteriore;

IV - l'espressione e le differenti forme di comunicazione con particolare riguardo al linguaggio e alla mimica;

V - le "performances" dei soggetti al test di Rorschach.

Dopo alcune premesse di ordine metodologico, sono stati elencati i ri-

sultati ottenuti, cercando di non perdere di vista la situazione globale dei pazienti e gli scopi diagnostici e terapeutici verso i quali la prova si è orientata.

Infine si sono prospettati i vantaggi e le riserve comportati da questa applicazione clinica, contemporaneamente farmacologica e psicologica.

R É S U M É

Les effets produits par la psilocybine chez 40 névrosés ont été illustrés. On a examiné particulièrement les modifications induites par le médicament dans le domaine psychologique. Nous avons pris en considération 5 ordres de données:

- 1) L'entourage composé par le malade, le médecin, le médicament, le milieu et le mode des rapports au cours de l'expérience;
- 2) L'état somatique objectif et les caractéristiques biologiques recueillies directement ou par instrument (particulièrement par l'E.E.G.);
- 3) La conduite extérieure du malade, soit spontanée soit provoquée; l'expérience vécue par le sujet, communiquée verbalement ou suggérée par sa conduite extérieure;
- 4) L'expression et les formes différentes de communication notamment par rapport au langage et à la mimique;
- 5) Les performances des sujets au test de Rorschach.

Après quelques observations d'ordre méthodologique, on a rapporté les résultats obtenus, cherchant à ne pas perdre de vue la situation globale des malades et les buts, diagnostiques et thérapeutiques, auxquels l'expérience s'adressait.

Enfin, les avantages et les réserves présentés par cette application clinique, pharmacologique et psychologique à la fois, ont été décrits.

S U M M A R Y

The effects produced by psilocybin on 40 neurotics are described. The changes induced by the drug in the psychological field are particularly examined, taking into consideration five groups of data:

- I) The «entourage» formed by the patient, the physician, the drug, the milieu and the rapport forms during the experiment;
- II) The objective somatic conditions and biological characteristics gathered directly or by means of instruments (particularly E.E.G.);

III) T
or provoked

ted by his o
IV) E
ticular refer

V) T
After se
sults obtaine
patients and
intended.

Finally.
both pharm

Die Wi
beschrieben
dikament a
gruppen be
1) E
Medikamen
bung;

2) I
Eigenschaft
dem E.E.G

3) I
ten; die E
aus seinem

4) I
besonderer

5) I
tienten.

Nach
erhaltenen

Dabei
agnostische
war, aus

Schlie
sen, die s
wie psych

III) The outward behaviour of the patient, whether spontaneous or provoked; the subject's experience, verbally communicated or suggested by his outward behaviour;

IV) Expression and the different forms of communication with particular reference to language and expression;

V) The subject's performances in a Rorschach test.

After some preliminary remarks of a methodological nature, the results obtained have been listed, trying not to lose sight of the whole of the patients and the diagnostic and therapeutic aims for which the test is intended.

Finally, the advantages and reservations of this clinical application, both pharmacological and psychological are showed.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Wirkungen, welche Psilocybin auf 40 Neurotiker ausübt, werden beschrieben. Vor allem werden die Änderungen untersucht, die das Medikament auf psychologischem Gebiet verursacht, wobei fünf Ergebnisgruppen beachtet werden:

1) Das «entourage», bestehend aus dem Kranken, dem Arzt, dem Medikament, dem Milieu und den Verhältnissen im Verlauf der Erprobung;

2) Die objectiven somatischen Bedingungen und die biologischen Eigenschaften, die direkt oder mit Hilfe von Instrumenten (besonders mit dem E.E.G.) ermittelt werden;

3) Das äusserliche, spontane oder provozierte Verhalten des Patienten; die Erlebnisse vom Subjekt, die entweder mündlich mitgeteilt oder aus seinem äusseren Verhalten geschlossen werden konnten;

4) Der Ausdruck und die verschiedenen Äusserungsformen unter besonderer Beachtung vom sprachlichen Ausdruck und von der Mimik;

5) Die «performances» der dem Rorschach-Test unterworfenen Patienten.

Nach einigen Voraussetzungen methodologischer Natur wurden die erhaltenen Ergebnisse in der Reihenfolge aufgeführt.

Dabei versuchte man, die Gesamtsituation der Patienten und die diagnostischen und therapeutischen Zwecke, für die der Versuch bestimmt war, aus den Augen nicht zu verlieren.

Schliesslich werden die Vorteile und die Einschränkungen hingewiesen, die sich aus dieser klinischen, aber auch zugleich pharmakologischen wie psychologischen Anwendung ergeben.

BIBLIOGRAFIA

- BAZZI T. - *Sull'impiego dei farmaci in corso di psicoterapia*. - «Clin. Terap.», 8, 5, 1955.
- BUYTENDIJK F.J.J. - *Attitudes et mouvements*. - Desclée de Brower, Bruges 1957.
- CARGNELLO D., LUKINOVICH N. - *Lo psicomia da LSD. Gli aspetti psicopatologici dell'intossicazione sperimentale da LSD nei normali*. - «Arch. Psychol. Neur e Psych.», 19, 141, 1958.
- CATTELL J.P. - *The influence of mescaline on psychodynamic material*. - «J. of Nerv. a. Ment. Dis.», 119, 233, 1954.
- COURBON J. - *La reticence*. - «J. de Psychol.», 2, 34, 1921.
- DAUMEZON G. et HUGUET P.E. - *Formes sémiologiques de la réticence: signification des réticences pathologiques*. - «Ann. Méd. Psychol.», 2, 167, 1961.
- DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T. et QUÉTIN A.M. - *Les effets psychiques de la psilocybina et les perspectives thérapeutiques*. - «Ann. Méd. Psychol.», 117, 899, 1959.
- DELAY J. - *Psychotropic drugs and experimental psychiatry in "Recent Advances in Biological Psychiatry"*. - «Plenum Press», New York, 1962.
- FREUD S. - *Gesammelte Schriften, 12 voll. Internationalen Psychoanalytischer - Verlag, Wien, 1925-1934*.
- GIBERTI F. - *In tema di applicazioni cliniche delle psicosi sperimentali; l'impiego in psichiatria della LSD a scopo diagnostico e terapeutico* - «Le psicosi sperimentali». Feltrinelli, Milano, 1962.
- GIBERTI F. - *Problemi metodologici ed aspetti teorico-pratici della moderna psicofarmacologia*. - «Sist. Nerv.», 14, 437, 1962.
- GIBERTI F. e GRERQBETTI L. - *Considerazioni sulle possibili applicazioni farmacopsichiatriche della LSD 25*. - «Acc. Med.», 70, 2, 204, 1955.
- GIBERTI F. e GREGORETTI L. - *Contributo alla conoscenza dell'isterismo mediante l'impiego di farmaci psicomimetici*. - «Arch. Psicol. Neur. e Psych.», 20, 171, 1959.
- GREEN A. - *Chimiotherapies et psychotherapies*. - «Enceph.», 50, 1, 29, 1961.
- GRUHLE H.W. - *Verstehende Psychologie*. - Thieme, Stuttgart, 1956.
- GUTTMANN E. - *Artificial psychosis produced by mescaline*. - «J. of Ment. Sc.», 82, 203, 1936.
- GUYOTAT J. - *Remarques sur les relations entre chimiothérapie et psychothérapie individuelle*. - «Actualités de thérapeutique psychiatrique», p. 79. Masson et C.ie, Paris, 1962.
- HOCH P. - *Experimentally produced psychosis*. - «Am. J. of Psych.», 107, 607, 1951.
- JASPERS K. - *Allgemeine Psychopathologie*. - 7 Aufl., Springer, Berlin, 1959.
- KUBIE L.S. a. MARGOLIN S. - *The therapeutic role of drugs in the process of regression, dissociation and synthesis*. - «Psychosom. Med.», 7, 147, 1945.
- MOREAU (de TOURS) P.J. - *Du hashisch et de l'alienation mentale*. - De Poitiers, Paris, 1845.
- OULES J. - *La réticence; étude clinique et psychopathologique*. - These, Toulouse, 1949.
- RUMKE H.G. - (citato da GUYOTAT).
- SANDISON R.A. - *Psychological aspects of the LSD treatment of the neuroses*. - «J. Ment. Sc.», 100, 508, 1954.
- SCHNEIDER K. - *Die Schizophrenen Symptomverbände*. - Springer, Berlin, 1942.
- VOLTERRA V. e TIBERI F. - *Sugli effetti della psilocibina nei deliri allucinatori cronici* - «Ann. di Fren. e Sc. Aff.», 24-74, 3, 521, 1961.