

# ARCHIVIO DI PSICOLOGIA NEUROLOGIA E PSICHIATRIA

DIRETTO DAI PROFESSORI

FR. AGOSTINO GEMELLI O.F.M.  
*Ordinario di psicologia nella Università cattolica  
del s. Cuore (Milano)*

CARLO BERLUCCHI  
*Ordinario di clinica delle malattie nervose  
e mentali nella Università di Pavia*

LIONELLO DE LISI  
*Ordinario di clinica delle malattie nervose  
e mentali nella Università di Genova*

MARIO GOZZANO  
*Direttore della Clinica delle malattie nervose e  
mentali dell'Università di Roma*

ANGIOLA MASSUCCO COSTA  
*Incaricata di psicologia sperimentale  
nella Università di Torino*

EUGENIO MEDEA  
*Presidente della Lega italiana d'igiene mentale*

G. E. MORSELLI  
*Direttore dell'Ospedale psichiatrico di Novara*

CESARE MUSATTI  
*Ordinario di psicologia nell'Università statale  
di Milano.*

MARIO PONZO  
*Ordinario di psicologia nella Università  
di Roma*



ANNO XIII

1952

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: PIAZZA S. AMBROGIO N. 9 — MILANO  
PUBBLICAZIONE BIMESTRALE SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE

BRUNO CALLIERI

ALDO SEMERARI

L'ANALISI CON LE AMINE SIMPATICO-MIMETICHE  
(« WECK-ANALYSE »)  
NELLA DIAGNOSTICA PSICHIATRICA D'URGENZA

Generalmente in reparti psichiatrici di preosservazione ci si trova di fronte alla necessità di dover rispondere in breve tempo alla domanda: si tratta di una psicosi o di una reazione psicogena? Siamo di fronte a un processo o ad uno sviluppo?

A volte tale problema diagnostico può presentare notevoli difficoltà, aggravate inoltre dalla brevità del periodo di osservazione, talché un'analisi psicopatologica strutturale di una certa finezza e quindi una precisa e sicura decisione diagnostica restano nel campo delle pure possibilità.

E' forse soprattutto per questo motivo che oggi si tende ad applicare sempre più largamente metodi chimici che permettano una diagnosi rapida farmacogena: si parla comunemente di « Provokationsdiagnostik », di « Pharmakopsychodiagnostik », di « Exploration pharmacodynamique de la psyche ».

Ma tali metodi presentano dei pericoli (solo di tipo euristico, non somatico) che debbono essere assolutamente tenuti presenti, affinché vi si incorra il meno possibile. Molti sono già gli AA. che hanno insistito su questi pericoli; crediamo sia opportuno segnalarli qui ancora una volta:

I. - Il risparmio di tempo e di fatica (principio quantitativo-economico) va a scapito della spontaneità, naturalezza e purezza della situazione *esteriore* di ricerca;

II. - Diminuiscono la fiducia, la vivezza, l'abbandono spoglio di prevenzione o di difesa (principio qualitativo-personale) così necessari nei rapporti tra medico e malato; è ostacolata la formazione di quel sottile legame affettivo che, solo, permette all'esame psichiatrico di divenire viva, profonda conoscenza psicopatologica individuale.

D'altro canto i metodi farmacodiagnostici permettono indubbiamente, a volte, una migliore analisi di alcuni elementi strutturali psicopatologici e, parzialmente, anche di aspetti patogenetici e patoplastici; per cui non è utile oggi ostacolare dogmaticamente od ostinatamente la progressiva « Chemisierung » dei metodi di diagnostica psi-

chiatrica. L'aver sempre presenti criticamente i pericoli ed i limiti di tali procedimenti sarà arma sufficiente per non cadere nell'ingenuo entusiasmo o nell'esagerazione.

\* \* \*

L'esperienza diagnostica con la subnarcosi barbiturica, calmatosi l'entusiasmo dei primi anni, mostra con sempre maggiore evidenza due fondamentali difetti, due gravi svantaggi del metodo narcoanalitico:

1. - Le modificazioni di coscienza, pre- e post-narcotiche, nel cui ambito debbono affiorare gli elementi psicopatologici latenti, alterano lo stato psichico preesistente (naturale) aggiungendovi ex novo uno stato artificiale; di conseguenza si modifica quella comprensione globale psichica del paziente che avviene nella mente del medico; tale modificazione costituisce una grave causa d'errore, di cui purtroppo non è dato il fattore di correzione; solo la perspicacia del medico può ovviare a tale inevitabile deformazione, ma si tratta di un controllo difficile, che raramente si compie e mai perfettamente.

CREMERIUS (1), inoltre, insiste sul fatto che, « per quanto preziose possano essere le manifestazioni in narcoanalisi ai fini di un quadro comprensivo dei processi psichici profondi del paziente, non bisogna mai dimenticare che tali manifestazioni ci partecipano solo la verità "subiettiva", mai un sicuro stato di fatto obiettivo » (a).

2. - Con il generico effetto narcotico prodotto dal barbiturico vengono spesso controllati ed eliminati alcuni complessi sintomatici — per es. atteggiamenti di arresto o stuporosi, negativismo, ostilità reattiva, aspetti umorali depressivi, ecc. — di notevole importanza specifica o, da un punto di vista diagnostico e analitico strutturale, di un valore analogo a quello del contenuto del « fatto vissuto » (Erlebnis) patogeno.

Quest'inconveniente diminuisce notevolmente le possibilità diagnostico-differenziali della narcoanalisi: i barbiturici possono sbloccare ogni arresto, qualunque ne sia la causa, possono agire su tutti gli aspetti stuporosi, possono euforizzare i più differenti disturbi psichici, così le « Verstimmungen » melancoliche come gli stati angosciosi de-

N. B. - I numeri arabi tra parentesi si riferiscono alle opere elencate nella Nota bibliografica a pag. 536.

(a) Si prescinde completamente dalla valutazione terapeutica e medico-legale della narcoanalisi.

Lo svantaggio cui accenna Cremerius non può esser negato a priori nella WA. Come ogni azione farmacologica, anche l'azione simpaminica può evidenziare aspetti più o meno deformati di uno stato psichico preesistente, quindi anche le analisi psicopatologiche compiute con le Weck-amine dovranno tenere costantemente vigile la critica dell'esaminatore.

chiatrica. L'aver sempre presenti criticamente i pericoli ed i limiti di tali procedimenti sarà arma sufficiente per non cadere nell'ingenuo entusiasmo o nell'esagerazione.

\* \* \*

L'esperienza diagnostica con la subnarcosi barbiturica, calmatosi l'entusiasmo dei primi anni, mostra con sempre maggiore evidenza due fondamentali difetti, due gravi svantaggi del metodo narcoanalitico:

1. - Le modificazioni di coscienza, pre- e post-narcotiche, nel cui ambito debbono affiorare gli elementi psicopatologici latenti, alterano lo stato psichico preesistente (naturale) aggiungendovi ex novo uno stato artificiale; di conseguenza si modifica quella comprensione globale psichica del paziente che avviene nella mente del medico; tale modificazione costituisce una grave causa d'errore, di cui purtroppo non è dato il fattore di correzione; solo la perspicacia del medico può ovviare a tale inevitabile deformazione, ma si tratta di un controllo difficile, che raramente si compie e mai perfettamente.

CREMERIUS (1), inoltre, insiste sul fatto che, «per quanto preziose possano essere le manifestazioni in narcoanalisi ai fini di un quadro comprensivo dei processi psichici profondi del paziente, non bisogna mai dimenticare che tali manifestazioni ci partecipano solo la verità "subiettiva", mai un sicuro stato di fatto obiettivo» (a).

2. - Con il generico effetto narcotico prodotto dal barbiturico vengono spesso controllati ed eliminati alcuni complessi sintomatici — per es. atteggiamenti di arresto o stuporosi, negativismo, ostilità reattiva, aspetti umorali depressivi, ecc. — di notevole importanza specifica o, da un punto di vista diagnostico e analitico strutturale, di un valore analogo a quello del contenuto del «fatto vissuto» (Erlebnis) patogeno.

Quest'inconveniente diminuisce notevolmente le possibilità diagnostico-differenziali della narcoanalisi: i barbiturici possono sbloccare ogni arresto, qualunque ne sia la causa, possono agire su tutti gli aspetti stuporosi, possono euforizzare i più differenti disturbi psichici, così le «Verstimmungen» melancoliche come gli stati angosciosi de-

N. B. - I numeri arabi tra parentesi si riferiscono alle opere elencate nella Nota bibliografica a pag. 536.

(a) Si prescinde completamente dalla valutazione terapeutica e medico-legale della narcoanalisi.

Lo svantaggio cui accenna Cremerius non può esser negato a priori nella WA. Come ogni azione farmacologica, anche l'azione simpaminica può evidenziare aspetti più o meno deformati di uno stato psichico preesistente, quindi anche le analisi psicopatologiche compiute con le Weck-amine dovranno tenere costantemente vigile la critica dell'esaminatore.

gli anancastici o i malumori dei parkinsoniani: Stockert (2), Schwarz (3), Janz (4).

Quest'azione aspecifica è forse il più importante difetto pratico dei metodi narcoanalitici, in quanto mezzi di ausilio diagnostico.

Per tali motivi si è andata facendo sempre più viva l'esigenza di un farmaco che agisse *elettivamente* sulle singole personalità, sui diversi disturbi psichici, potenziando o, comunque, evidenziando i sintomi specifici essenziali, e che presentasse il più possibile ridotto quel fattore aspecifico di reazione, dannoso per la diagnosi, che i barbiturici posseggono così marcatamente (a).

Ci si è orientati, ormai da qualche anno, verso le amine simpatico-mimetiche.

Già parecchi secoli fa gli arabi conoscevano una droga ad azione simile, che si preparava con le punte dei rami dell'albero Kat (5), da essi usata a scopi non sempre legalmente ineccepibili.

Nel 1938 HAUSCHILD, studiando tali amine e i loro isomeri ottici, scoprì una nuova sostanza, la metilamfetamina (fenilisopropilamfetamina) che, nella forma di cloridrato destrogiro, si mostrò molto più potente della benzidrina di BERGER e DALE, i cui effetti sui soggetti normali e su quelli affaticati erano stati ben studiati nel '36 da MYERSON (6).

Si ritiene oggi (GOTTLIEB - 7) che sia assai scarsa la probabilità di trovare altre amine simpaticotoniche dotate di un effetto euforizzante notevolmente più elevato di quelle già studiate.

Tali amine simpaticomimetiche (b) (Pervitin, Simpamina, Cathin, Aktedron, Dexedrine, Kratedyn, Dibenamine, Psychergina, Stenamina, Methedrine) si sono mostrate tutte fornite di un più o meno spiccato potere psicotonico (9): stimolazione ed aumento della tensione emotiva, rinforzo dello stato di veglia con scomparsa del senso di stanchezza, eccitazione o disinibizione degli impulsi elementari, aumentato bisogno di parlare, rinforzata capacità di contatto. Di qui la designazione di Weck-amine e di Weck-analyse (dal verbo tedesco wecken = svegliare).

Da diversi anni si è quasi unanimamente (10-6) sottolineato il fatto

(a) « Die persönlichkeits- und Krankheitsbezügliche, d. h. diagnostisch relevante Wirkungskomponente müsste so gross, der überindividuelle diagnostisch neutrale Reaktionsfaktor so gering wie möglich sein » (Janz, 4).

(b) La dimostrazione chimica di tali amine è piuttosto complessa: si può usare, ad es. per il Pervitin, il metodo di Beyer e Skinner (1940).

Correntemente si usa il test biologico di Soehring e Wigand (8): dei topi vengono avvelenati con 0.056 mg. di Pernocton pro grammo di peso; entro 30' assumono una posizione sdraiata su un fianco. Con la dose standard di 0,025 mg. di Pervitin pro grammo, il 50 % degli animali abbandona entro un'ora la posizione assunta (1949).

che le Weckamine (noi ci riferiremo in particolare all'amina di Hauschild o Methezdrine) non eccitano il volere dell'Io, ma l'attività impulsiva, il volere dell'Es. Esse favoriscono il giuoco associativo, non la prestazione strettamente obiettiva, rigorosamente logica, scientifica; sebbene alcuni AA. (11) parlino di esaltazione delle facoltà intellettive, tuttavia si deve ritenere che la critica, la serietà di giudizio, la diligente disamina, la concentrazione del pensiero ne vengono piuttosto ostacolate (12). Conferiscono un colorito piacevole all'affettività (sebbene HUNDHAUSEN (13) non abbia mai osservato euforia) con una spiccata prontezza per i più varî compiti ed una evidente svalutazione della durata temporale (14).

Ben presto si è potuto vedere che l'azione delle Weckamine, in una data costellazione affettivo-vegetativa, non conduceva sempre ad un effetto di aumento dell'impulso e di rafforzamento del tono umorale (15). Dove dominano le tendenze negative (rallentamento, riserbo, restringimento, introversione) queste vengono accentuate (13); anzi, secondo JANZ (16), si può parlare di un effetto paradossale che, per es., aumenta lo stupor e fa impallidire le reazioni del temperamento.

Questi fatti potrebbero spiegarsi in parte con la « regola dei valori di partenza » di WILDER, che SELBACH (17) così enuncia: « Quanto più intenso è lo stato di eccitamento vegetativo presente prima dell'applicazione di uno stimolo, tanto più scarsa è la reazione nello stesso senso e tanto più forte quella in senso contrario »; così ad es. nei maniaci e nei frenastenici eretistici l'effetto eccitante delle Weckamine dovrebbe essere scarsissimo. E' evidente che tale regola non è di un valore assoluto: ZIPF (18) avrebbe notato un 25-30 % di eccezioni, che sarebbero da ricondurre alla dose e ad altri fattori quantitativi, ma soprattutto alle spiccate differenze individuali di risposta al farmaco. Infatti, come già avevano visto SPEER e BOSTROEM (1940), il tono vegetativo fondamentale è una funzione generale che non può venir quasi mai determinata univocamente, nè può esser messa in rapporto regolare con le anomalie psicopatologiche della situazione umorale e dell'affettività.

In altre parole, l'equivocità dell'azione psichica delle Weckamine non si spiega solo in termini di quantità, ma è necessario ammettere anche delle componenti qualitative (16). SCHEMINSKY (19) recentemente ha parlato di un'azione *asimmetrica*, nel senso che la soglia per lo shock epilettico resta immutata, mentre si eleva quella della narcosi, ed ha prospettato nuovi, interessanti punti di vista nella classificazione degli effetti centrali farmacologici e nella spiegazione di particolari sinergismi ed antagonismi.

Comunque, oggi possiamo affermare con sicurezza che le Wecka-

mine agiscono sulle funzioni vegetative in senso ergotropo, simpatico-mimetico e influiscono effettivamente su: 1) - la *coscienza obiettiva* (Gegenstandsbewusstsein di Jaspres - 20), determinando un allargamento del campo della coscienza e una maggiore vivezza degli elementi psicologici che ne sottendono la funzione, cioè delle percezioni e delle rappresentazioni; 2) - i processi vitali fondamentali, determinando un aumento degli impulsi, un innalzamento generico del tono vitale (a), una modificazione della cenestesi come « scomparsa della stanchezza », superamento della « sensazione » di fame, ecc.

Il punto di attacco per tale azione sarebbe, secondo STAEHELIN (12), il diencefalo, e più precisamente la porzione anteriore del pavimento del terzo ventricolo.

Il modo di reazione individuale a tale effetto generico ci permette di valutare approssimativamente la qualità, il grado e la modalità di latenti o sfumate modificazioni della coscienza obiettiva (*ich-nähe*) e della sfera vitale vegeto-emotiva (*leib-nähe*), modificazioni che possono essere ovviamente di grande importanza nella genesi e nella struttura di malattie psichiche.

In tal senso possiamo parlare di *patotropismo*, cioè di una capacità di riferimento elettivo per le singole malattie che, al contrario dei barbiturici (21-22), ci consente una buona attività discriminativa.

Riassumendo:

1. - Le Weckamine esercitano un'azione psicotonica, psicagogica, al contrario della picnolessia barbiturica.

2. - Si osserva un'iperfunzione della coscienza, cioè un incitamento dell'impulso a parlare, un aumento della corrente del pensiero, una facilitazione della formazione di associazioni (23) e della formulazione verbale, un ipertono vitale (nel senso di Braun).

3. - Tale eccitamento centrale è diverso da individuo a individuo a seconda dei disturbi psichici, della personalità, degli « Erlebnisse » e delle tendenze espressive, facilitando quindi la differenziazione, rispetto alla personalità o al processo morboso, di un dato reperto psicopatologico.

4. - La scarica emotiva, la abreazione (fase preliminare della Weckanalisi) è di importanza fondamentale (24) perchè permette la esplorazione successiva.

(a) Si intravede oggi la possibilità di un impiego della « Weckanalyse » per l'analisi sperimentale della « *dissociazione vitale* » di Janz (Arch. f. Psychiat. 181, 370, 1948), particolarmente delle diverse forme di disturbi degli impulsi nel loro significato per la genesi e la struttura di psicosi e di reazioni psicogene.

\* \* \*

Partendo da tali concetti DELAY e coll. hanno introdotto nel '47 lo shock anfetaminico (25), studiandone i diversi aspetti in una serie di interessanti comunicazioni (26, 27, 28). La loro esperienza si può così riassumere (29):

1) - E' soprattutto negli *stati maniacali* che l'azione dello shock anfetaminico si mostra più costante e sistematica. La sindrome si aggrava transitoriamente fino ad una ipercinesia frenetica e ad una infrenabile logorrea, ad un flusso di parole, incomprendibile per la precipitazione. Praticamente un interesse diagnostico può esistere solo per certi accessi maniacali atipici. A volte — secondo quanto si è detto in precedenza — si può assistere ad un'inversione dell'umore, di tipo malinconico; tale effetto paradossale può essere breve (20'-60') o prolungato (in tal caso è necessaria ES terapia).

2) - Negli *stati malinconici* si osserva una esaltazione spesso spettacolare della sintomatologia con uno scatenamento ansioso che arriva fino alla provocazione del raptus (gli AA. francesi consigliano di praticare amital intravena, subito dopo l'anfetamina); il valore diagnostico è soprattutto evidente nelle melanconie atipiche ed in quelle stuporose, in cui determina l'interruzione dell'ostinato silenzio e l'esteriorizzazione dei temi deliranti di autoaccusa.

3) - Nella *schizofrenia* l'azione è di una certa complessità:

a) - in soggetti con segni più o meno marcati della serie *catatonica* si ha un'accentuazione di tali segni, tanto più netta, quanto meno erano marcati. La difficoltà nell'estrinsecazione verbale del pensiero si accentua fino ad un mutismo assoluto; in pazienti che prima si alimentavano da soli si rende necessario l'uso della sonda. In alcuni, dopo una fase iniziale di accentuazione della sintomatologia acinetica catatonica, compare un'agitazione motoria costituita da continui movimenti lenti, andatura ieratica, atteggiamenti plastici di lunga durata, anche di parecchie ore. La ripetizione dello shock anfetaminico nei catatonici potrebbe determinare in qualche caso scomparsa dell'«intoppo», permettendo così l'esteriorizzazione di idee deliranti di colorito vivamente ansioso.

b) - In soggetti che *non* presentano alcun segno della serie *catatonica*, lo shock anfetaminico può restare senza effetto oppure scatenare temporaneamente (20'-40') i segni catatonici: ecoprassia, iterazione motoria, conservazione indefinita degli atteggiamenti imposti, stereotipie, agitazione plastica e ginnica.

Comunque, in nessun malato non schizofrenico lo shock anfetami-



nico determinerebbe una catatonìa o altri segni schizofrenici. DELAY sottolinea la profonda differenza tra l'anfetamina e la bulbocapnina o la mescalina, le quali agiscono anche sull'individuo normale.

Si può dire che in molti schizofrenici la loquacità venga notevolmente aumentata sotto shock anfetaminico, evidenziando e aggravando discordanze, manierismi, fatuità, dissociazioni, idee deliranti, insomma tutto ciò che nel linguaggio e nel comportamento ha un carattere schizofrenico.

Gli AA. tedeschi, soprattutto JANZ (16-4), hanno pubblicato recentemente accurati studi sul valore della Weckanalisi nello studio analitico psicopatologico, mettendo in evidenza le notevoli possibilità diagnostico-differenziali che le Weckamine permettono e che si potrebbero così schematizzare:

- 1) psicopatia schizoide - ebefrenia
- 2) psicopatia con depressione - schizofrenia con colorito depressivo
- 3) psicosi carcerarie con reazioni deliroidi - schizofrenia paranoide
- 4) depressione endogena atipica - schizofrenia con elementi patoplastici depressivi
- 5) reazione psicogena - iniziale psicosi paranoide processuale
- 6) reazione primitiva di riferimento in frenastenici - schizofrenia paranoide
- 7) depressione vitale endogena - distonia vegetativa di tinta depressiva
- 8) depressione reattiva - processo paranoide di tinta depressiva
- 9) depressione endogena - depressione reattiva
- 10) mania atipica - schizofrenia manifforme.

Da un punto di vista generale, l'analisi strutturale psicopatologica (a) diviene più rapida e più ricca di risultati, affinandosi; la vasta esperienza degli AA. tedeschi si può riassumere in tal modo: stati d'arresto o stuporosi nelle depressioni, endogene o reattive, vengono sbloccati transitoriamente, mediante l'attivazione dei processi impulsivi ed emotivi vitali che li sottendono. Lo stupore catatonico dei processi schizofrenici resta generalmente immutato o, addirittura, si rinforza. La partecipazione emotiva all'ambiente aumenta nei depressi, mentre generalmente diminuisce negli schizofrenici. Si accentuano i lievi stati di agitazione dei depressi e le depressioni vitali negli stadi iniziali, men-

(a) Per *analisi strutturale* (Birnbaum) si intende lo studio elaborato del processo e delle sue manifestazioni esteriori, deducibili dalla personalità, dai suoi Erlebnisse, dalle sue reazioni, dalla sua predisposizione (30-31).

tre il colorito depressivo dell'umore di alcuni schizofrenici può impallidire fino ad una indeterminatezza indifferente (Ungestimmtheit), ad una vera atimia. Nelle psicosi del gruppo schizofrenico si accentua la dissociazione dei singoli processi espressivi: per es. si accentua la tendenza espressiva verbale, mentre quella mimica resta invariata. Nei mutacismi schizofrenici si può spesso osservare l'inverso. Le depressioni invece mostrano un'integrazione dei processi espressivi; il contenuto di coscienza viene influenzato adeguatamente.

Mediante la chiarificazione di un obnubilamento organico della coscienza si potrebbe scoprire una disposizione d'animo delirante e liberare così un sistema delirante paranoide fino ad allora dissimulato.

L'attivazione delle tendenze espressive verbali e il rafforzamento della chiarezza e della plasticità dei complessi di rappresentazioni rendono più facilmente esplorabili i fenomeni psicosensoriali, allucinatori ed illusori.

Anche gli AA. anglosassoni hanno impiegato le amine simpaticomimetiche in psichiatria, ma forse meno come mezzi diagnostici che come tentativi terapeutici (32, 33, 34), d'altra parte molto discutibili (35) (a).

La recente comunicazione di LEVINE e coll. (36), rendendo noti gli effetti psicologici del Pervitin (a dosi di 25 mg. intravena), parla di « marcata stimolazione del materiale emotivo, con espressione di idee deliranti e fantasie personali intime »; i soggetti studiati rivelano nuovo materiale psicopatologico ed elaborano vecchi spunti deliranti; le risposte ottenute col Pervitin sembrerebbero essere più ricche e accompagnate da uno stato affettivo più appropriato di quanto non si ottenga con la Methedrine. Non c'è amnesia per il materiale psicologico ottenuto; non si osservano effetti tossici. L'intensità della risposta all'iniezione di tali amine viene misurata in base alle modificazioni della psicomotricità espresse nelle variazioni dei cosiddetti ritmi di battuta (37), non sappiamo con quanta sicurezza di risultati.

\* \* \*

Abbiamo scelto per l'esplorazione farmacodinamica quei casi in cui il rapido e sicuro orientamento diagnostico era ostacolato sia dalla mancanza o scarsità di notizie anamnestiche sia dalla difficoltà della analisi psicopatologica per lo stato psichico allora in atto.

(a) Ciò si comprende senza difficoltà ove si considerino le minori esigenze diagnostiche dell'odierna psichiatria anglosassone: la psicobiologia di Mayer e la psicologia dinamica con i loro ottimistici « tipi di reazione » giustificano ampiamente questo atteggiamento.

Abbiamo iniettato la Methedrine Wellcome per via endovenosa, lentamente (in circa 30"), in quantità standard di 30 mg. (a).

Non abbiamo mai osservato effetti secondari dannosi, nè crediamo che ciò sia da attendersi ove si escluda dalla prova ogni caso di ipertensione arteriosa elevata, di qualunque origine.

KALUS ha parlato di un pericolo di abuso del farmaco (38), che seguirebbe alla Weckanalisi; siamo d'accordo con JANZ (16) nell'affermare che tale pericolo non è maggiore di quello che si ha in narcoanalisi per l'abuso dei barbiturici. In nessuno dei nostri pazienti, seguiti poi in ospedale psichiatrico, abbiamo osservato una tendenza all'abuso delle Weckamine, dopo l'esplorazione. Ciò d'altra parte ci sembra non abbia nulla a che vedere con quanto è stato osservato dallo stesso Kalus (38) circa le psicosi nell'abuso cronico di Pervitin (b).

Non vi sono d'altra parte reazioni tossiche della psicomotricità in misura e di durata tali da alterare la sintomatologia naturale (c); tuttavia è bene attendere almeno 5'-10' prima di iniziare l'esplorazione, per lasciar passare quel primo stato di agitazione psicomotoria, più o meno intensa, che potrebbe disturbare il normale andamento della prova.

#### CASISTICA

1 - R. MARIA, 19 a. Proveniente dal deposito, con diagnosi di « disturbi psichici ».

Anamnesi familiare negativa.

Anamnesi personale. - E' stata sempre bene. Carattere premorbo: timida, riservata, poco espansiva con le compagne. Circa l'attuale disturbo riferisce che da oltre un mese si sente astenica, ha cefalea, è svegliata nel lavoro; dorme poco e fa sogni terrificanti, tra i quali si ripete quasi ogni notte quello di un uomo enorme, minaccioso, vestito di nero, che l'insegue.

Status psichico. - Non si evidenziano disturbi psicosensoriali, nè disturbi della coscienza dell'io o del pensiero, di tipo schizofrenico. Schema storico della personalità ben conservato. Umore indifferente. Sembra alquanto reticente.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3' inizia tachicardia, la p. assume un'espressione ansiosa, si agita, grida.

(a) Janz usava da prima solo 6-9 mg. di Pervitin per os, indi 15 mg. della stessa sostanza per via endovenosa.

(b) Somministrando 50 tavolette da 6 mg., pro die, per un paio di mesi, insorge, preceduto da disturbi psicosensoriali prevalentemente illusori, un delirio di rapporto con colorito ansioso, senza alcun disturbo della coscienza obiettiva e di quella dell'io. La disassuefazione può venire attuata bruscamente senza che insorgano particolari malesseri.

Per ulteriori notizie si rinvia al recente lavoro di KNAPP P. H., *Amphetamine and addiction*, in: « J. Nerv. and Ment. Dis. », 115, 406, 1952.

(c) Per la sintomatologia e l'istopatologia della intossicazione sperimentale da amine simpatomimetiche (betafenilisopropilamina) si rinvia al recente lavoro di Accornero (39), della scuola romana del Cerletti.

è inaccessibile all'interrogatorio. Dopo 10' circa riferisce spontaneamente, in preda ad uno stato emotivo molto colorito, che da circa 2 mesi si sente cambiata, prova una sensazione strana, che non sa definire; si era fidanzata e ciò le avrebbe attirato addosso l'invidia delle compagne che hanno cominciato a far circolare dicerie sul suo conto. In strada le persone la guardano male, mormorano alle sue spalle, le danno della « civetta »; ma lei non ha fatto nulla di male col fidanzato, anzi da due o tre settimane non prova più nè amore nè alcun interesse per lui.

Circa 20 gg. fa la p. ha cominciato a sentire voci molto acute, che le s'infilavano nelle orecchie, la comandavano, le impedivano di pregare, le ingiungevano di seguirle. Tali voci le ha avvertite molto spesso, fino a ieri l'altro. La p. sembra rendersi conto della stranezza del fenomeno, ma non lo critica e lo distingue completamente dal suo malessere.

*Diagnosi: Delirio paranoide.*

I familiari confermano i fatti esposti.

2 - P. CARMELA, 31 a. Dal deposito, con diagnosi di « disturbi psichici ».

Anamnesi familiare. - Zio paterno in ospedale psichiatrico per malattia imprecisata.

Anamnesi personale. - Nulla di notevole. Carattere premorbo: dice di essere stata sempre piuttosto pessimista e solitaria. Circa l'attuale disturbo riferisce che da 5-6 mesi ha crisi dolorose di cefalea, che la rendono « nervosa »; per tale motivo — e contro sua voglia — il marito l'avrebbe fatta ricoverare.

Status psichico. - Si ha l'impressione che la p. dissimuli o sia reticente, ma non si riesce ad evidenziare nulla di psicotico; anzi la p. si mostra infastidita se si cerca di insistere.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 4' insorge, improvvisa, una contrazione tonica dei muscoli degli arti con ipertono che dura circa 2'; la p. assume un'espressione ansiosa, angosciata, ma non parla spontaneamente. Interrogata, riferisce che da circa 3 a. le vicine di casa la accusano di corrompere i propri mariti ed i propri figli; non lo hanno mai detto apertamente, ma la p. se ne è accorta perchè borbottavano alle sue spalle e spesso si davano occhiate d'intesa al suo passaggio. La p. diviene logorroica dopo circa 15' dall'iniezione: dice che soffriva molto di tali accuse, in silenzio, senza riferirle al marito, perchè tiene molto al suo onore. Non contente di diffamarla, le vicine hanno messo una specie di bicicletta accanto al suo letto per disturbarla col continuo rumore. « Probabilmente si tratta di qualche macchina scoperta da poco, per farmi fare ciò che vogliono loro ». Il marito è d'accordo coi suoi nemici che hanno costruito la bicicletta; ora questi nemici le fanno sentire le scosse elettriche, che fanno molto male al capo, e per farla tacere le mettono da lontano un corpo trasparente in bocca.

Dopo circa 30' la logorrea si attenua.

Dopo 2h. circa la p. cerca di minimizzare ciò che ha detto « perchè si sentiva confusa » e finisce col negare tutto il suo sistema delirante.

*Diagnosi: Delirio paranoide.*

Il marito conferma i fatti esposti.

3 - D'A. LILIANA, 27 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato d'arresto (?) ».

Status psichico. - La p. giace in letto, immobile, contratta; non risponde alle domande neppure se violentemente stimolata. Si oppone con forza rabbiosa ai movimenti che si tenta di farle compiere.

Si iniettano endovena 30 mg. di Methedrine.

Dopo qualche minuto, la p. diviene pallida, comincia ad ansimare, si muove, indi comincia a parlare spontaneamente, in preda ad una lieve eccitazione motoria,

con tinta euforica nel discorso: « Marconi 20 anni fa disse che avrebbe potuto fermare le macchine... io so che il ferro genera l'elettricità... siccome Marconi poteva fermare le macchine a distanza ho pensato che anch'io posso esser fermata... fermata... tormentata a distanza. La sera quando sto per addormentarmi, per non farmi dormire mi pungono il naso con alcune macchine (la p. non risponde alle richieste di spiegazione — non si riesce a interromperla)... con la morte del Duce l'ombra non è più la solita, è magnetismo animale... sembra che costoro abbiano avuto il modo di trasformare gli uomini in bestie... E' possibile — grida angosciata — che debbano far soffrire questi esseri?... ».

La p. continua per circa 20' su questo tono.

A poco a poco diviene accessibile all'interrogazione. Riferisce di aver avuto delle « visioni » a 19 a., non sa o non vuole riferire sul contenuto di queste visioni, e, per tagliar corto, dice che allora forse era esaurita. Tre anni or sono fu ricoverata in istituto psichiatrico perchè « era cominciata la persecuzione religiosa ed i suoi familiari erano d'accordo con le forze del male »; è restata in ospedale 7 mesi, e fu sottoposta ad ES e IS terapia; uscita, riprese a lavorare come rammentatrice in una maglieria. Da 4 gg. però gli « Esseri sotterranei » hanno ripreso a perseguitarla, le impediscono di dormire, vogliono annientarla, perchè lei sa molti segreti sulla nazione che si sta costruendo sotto terra. L'Europa sarà vittima di questi mostri che trasformano gli uomini in bestie...

Interrogata dopo 24h. e poi dopo 48h. si mantiene accessibile; dice che l'iniezione l'ha fatta sentir meglio, perchè si è potuta sfogare. Conferma, grosso modo, quanto sopra.

*Diagnosi: Delirio paranoide.*

4 - T. EMMA, 43 a. Dal deposito, con diagnosi di « tentato suicidio ».

Status psichico. - La p. non risponde alle domande o, se energicamente stimolata, solo a monosillabi. Dice di esser stanca della vita, ma si chiude in ostinato silenzio non appena viene interrogata sui motivi di tale affermazione.

Si iniettano endovena 30 mg. di Methedrine.

Dopo qualche minuto, tremori periorali e palpebrali; indi violenta agitazione motoria, con urla acutissimi; durante l'intensa scarica ansiosa grida: « Mi hanno fatto la fattura! Mamma mia bella! Corri mamma... Chiamate mia sorella, perchè muoi!... Corri sorella mia... Santa Rita da Cascia... Bambino Gesù, aiuto! Santa Teresa, vengo a te con la lingua per terra e le ginocchia sanguinanti! Madonna di Lourdes, sono stata sempre pura... perdona tutti quelli che mi hanno ammazzata... Cristo un giorno mi farà salire agli onori degli altari! Esci fuori spirito immondo (spata sul medico)... Corri che io sono santa.

D. - Perchè volevi morire?

R. - Ho preso le pastiglie perchè sono tanti giorni che soffro. Mi sentivo gli uomini addosso — che schifo! (spata).

Continuando nell'interrogatorio, si apprende che è giunta a Roma 5 mesi fa. Ha lavorato fino a ieri come domestica presso un medico. Un mese fa, essendosi recata a fare la spesa, si accorse che una guardia la fissava e sentì che le diceva « come sei simpatica ». Da allora ogni notte costui entrava nella sua stanza — non sa spiegare in che modo — e compiva su di lei atti innominabili. La p. non lo vedeva ma si sentiva toccare, baciare, possedere, mentre frasi indistinte venivano mormorate alle sue orecchie.

Dopo qualche notte la guardia ha portato con sé altri amici che hanno compiuto su di lei gli stessi atti. Da qualche giorno « lui le sta sempre addosso e non le dà pace un momento ».

Esasperata ha tentato il suicidio ingerendo 4 compresse di aspirina.

La p. non critica nè corregge affatto i fenomeni di cui è oggetto, anzi ritiene

che, con raggi invisibili, ben presto tutta la polizia di Roma si troverà nella sua stanza.

Interrogata, dopo 2 gg., conferma quanto ha esposto in weckanalisi.

*Diagnosi: Delirio paranoide.*

5 - Z. OLIVA, 44 a. Dal deposito, con diagnosi di « mania di persecuzione ».

Status psichico. - La p. giace in letto con il capo coperto dalle lenzuola; scoprendola, torna a nascondersi sotto le lenzuola e piange. Interrogata, ascolta ma non risponde. Rifiuta il cibo.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 2' entra in stato di intensa emotività. Sospira, piange, prende la mano del sanitario, riferisce di essere nata in Romania; ha sposato un italiano e dal '47 si trova in Italia. Dal '48 ha cominciato a sentirsi stanca, avvilita; ha cessato di recarsi al suo impiego perchè « non se la sentiva »; passava le giornate sdraiata sul letto a leggere o a pensare; dice che ciò dipendeva dal fatto che lei si era accorta di continui tradimenti del marito. Una donna che abita nella casa di fronte e che ha rapporti intimi con suo marito sta a spiarla tutto il giorno. Tutti le sono ostili, nemici, si fanno beffe di lei, la gente nei pubblici locali mormora alle sue spalle... La p. ha uno scatto angoscioso: non ne può più... basta a perseguitarla... E' inutile anche turarsi le orecchie, ora; le voci sono lì, dentro di lei, a beffarla, a deriderla.

*Diagnosi: Delirio paranoide.*

Il marito conferma ciò che la p. ha riferito.

6 - C. ANNA, 36 a. Dal deposito con diagnosi di « stato di agitazione psicomotoria ».

Status psichico. - All'ingresso si presenta lucida, ben orientata, risponde a tono alle domande e spesso prende l'iniziativa nel racconto anamnestico.

Riferisce di esser stata sempre bene; ieri sera avrebbe litigato violentemente col marito « perchè teneva sveglia la figlia fino a tarda ora, nonostante questa fosse stanca perchè si preparava agli esami ». Avendo dato in escandescenze, il marito l'avrebbe fatta ricoverare, mediante la Croce Rossa.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo qualche minuto insorge un'intensa tensione emotiva, di colorito angoscioso; indi la p. scoppia in un pianto dirottò. Calmatasi alquanto e divenuta accessibile all'interrogatorio, riferisce di esser stata ricoverata già altre due volte; il primo ricovero durò 7 mesi e fu determinato dal « dispiacere di aver perduto la casa sotto le bombe »; il secondo durò 6 mesi e fu a motivo di un « avvillimento », non meglio specificato. Durante questo secondo ricovero fu più volte inviata al reparto agitati perchè il medico non la poteva vedere.

Dimessa, tornò a vivere in casa; passava la giornata in ozio perchè non aveva voglia di lavorare; un giorno ebbe l'improvvisa certezza che il marito la tradiva con molte donne, indi si accorse che i familiari del marito non la potevano vedere. Ha compreso che la figlia viene aizzata contro di lei. Si chiude in camera per non sentire le voci della gente che sghignazza alle sue spalle. Recentemente si è accorta che il marito ha rapporti tutt'altro che paterni con la figlia; lei non può fornire alcuna prova, ma è certa che egli ha cercato di possederla.

Dopo 24h. minimizza quanto ha detto e, a volte, elude le domande stringenti del sanitario.

*Diagnosi: Delirio paranoide.*

I familiari confermano.

7 - C. LAURA, 33 a. Dal deposito con diagnosi di « stato di agitazione ».

Anamnesi familiare negativa.

All'ingresso si presenta lucida, ben orientata, accede con facilità all'interrogatorio, rispondendo in maniera discretamente adeguata. Riferisce di essere stata condotta in clinica dalle sorelle con il pretesto di « togliere la fissazione della pulizia » ma in realtà per liberarsi di lei. Non si evidenziano disturbi psicosensoriali o chiari atteggiamenti deliranti.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 4'-5' insorge un intenso stato angoscioso, durante il quale la p. piange, grida, si agita. Indi, opportunamente guidata dal sanitario, racconta con ricchezza di particolari e con colorita affettività la sua storia. A 12 a. fu violentata da una sua amica con un manico di scopa; a 18 a. conseguì la licenza magistrale ed ebbe una supplenza per qualche anno. Nel 1945 trovò un impiego presso la Previdenza Sociale, ma ben presto fu licenziata per « il ritorno dei reduci ». Nel 1948 morì il padre ma la p. se ne consolò presto con un « ardente amore », non portato a termine, perchè « a causa della violenza subita aveva deciso di non sposarsi ». Moltissimi uomini si sono susseguiti nel corteggiarla: ingegneri, medici, farmacisti, studenti, ufficiali, tutti follemente innamorati di lei; nessuno di essi le dichiarò mai apertamente il suo amore, ma lei capiva benissimo « che l'amavano fino alla follia, attraverso i loro gesti, il loro modo di vestire, di comportarsi, attraverso le parole dolci che le mormoravano alle spalle e i gesti particolari che compivano ».

Nel '49 la p. cominciò ad avere « l'impressione che tutto fosse infetto » per cui iniziò interminabili pratiche di pulizia e di disinfezione sulla propria persona; stette allora per 4 mesi in ospedale psichiatrico. Non appena dimessa, ricominciarono i corteggiamenti, da parte di un ufficiale dei carabinieri di nome Francesco; dato che lei si chiama Laura dovranno sposarsi. Francesco le ha detto di essere carabiniere semplice per provare il suo amore, e per questo non mette i gradi sulla divisa; un mese fa è sparito dalla circolazione, « pregandola di lasciarlo in pace ». La p. ha compreso che egli l'ama sempre; c'è però della gente che li ostacola, che vuole impedirle malvagiamente di realizzare il suo sogno, facendola passare per matta e obbligandola a rivelare i suoi segreti.

*Diagnosi: Delirio erotomane paranoicale.*

I familiari confermano solo in parte, perchè la p. era molto riservata con essi circa la sua vita intima.

8 - T. IRMA, 57 a. Dal deposito, con diagnosi di « psicosi maniaco-depressiva ».

Anamnesi familiare negativa.

Circa i suoi precedenti si sa che, 6 anni fa, dopo una lunga malattia febbrile, non meglio precisata, venne ricoverata per « stato depressivo »; 2 anni fa nuovo ricovero, durato 3 mesi, per « stato di arresto ».

Status. - La p. si mostra ostile verso l'ambiente, particolarmente verso i sanitari. Rifiuta di rispondere alle domande oppure dice: « Se sono pazza non posso ricordare... chiedetelo a chi mi ha mandato qui ». E' sitofoba. Non sembra sia in preda a disturbi psicosensoriali.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3', senza la comparsa di fenomeni neuro-vegetativi od emotivi, la p. comincia a parlare spontaneamente; accetta l'intervento del sanitario e si può sapere, in tal modo, che a 29 a. si è sposata con un uomo con cui non è mai andata d'accordo; i familiari del marito non la ritenevano degna di lui, e il marito stesso tentava di farla passare per pazza « facendole fare delle rappresentazioni » (la p. non spiega il significato da lei attribuito alla parola rappresentazione, che spesso ricorre nel suo discorso).

Il marito ha tentato molte volte di avvelenarla, ma non vi mai riuscito. A causa delle maldicenze sparse dal marito sul suo conto, tutta la gente del paese ha preso

ad odiarla e spiarla di continuo. Dovunque vada, si sente seguita e osservata; spesso si divertono a mandarle delle voci che la comandano, la insultano, le dicono il suo pensiero. Lo scorso anno, ossessionata da una voce che la ingiuriava continuamente sull'onore, ha tentato di gettarsi dalla finestra. In questi ultimi tempi è particolarmente la voce del marito, da cui vive separata, che la tormenta giorno e notte.

La p. interrompe spesso il suo racconto e rivolgendosi ad un interlocutore invisibile dice frasi come le seguenti: « No, no! non ci sono mai stata!... — Quello lo sapevil... non c'era bisogno di farlo rappresentare... nessuno ha detto cose che non erano!... ».

*Diagnosi: Delirio persecutorio paranoide.*

La figlia dà notizie che confermano i disturbi della p.

9 - V. SAVINA, 30 a. Dal deposito con diagnosi di « disturbi psichici ».

Status. - La p. è lucida, orientata, ma molto reticente. Accusa vari disturbi di marca neurovegetativa che dipenderebbero « dalla condotta del marito ». Non si riesce ad ottenere altre informazioni.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 4'-5' la p. diviene loquace e, opportunamente guidata dal sanitario, non ha difficoltà a riferire che il marito, già prima di sposarla, era l'amante di una sua cugina, con la quale ha poi continuato a tradirla. Da qualche tempo in paese si sono accorti di questa relazione e i paesani hanno allora cominciato a farla oggetto di attenzioni amorose.

Il medico del paese la incontrò un giorno, mentre lei stava passeggiando col marito, e portando la mano ai genitali « le fece capire che era innamorato di lei ». La scena si è ripetuta dopo qualche giorno, per ben tre volte. I paesani se ne sono accorti e da allora la seguono e le fanno capire di amarla.

Anche la moglie del medico si è accorta delle intenzioni del marito ed un giorno, mentre passeggiava con lui, passando davanti alla paziente, disse ad alta voce: « perchè non mi vuoi più? perchè vuoi bene a Savina? ». Lo stesso marito si è accorto della scena.

Dopo il medico anche il farmacista l'ha fatta oggetto delle sue attenzioni, indi una numerosa serie di altri uomini. La p. non critica affatto le sue percezioni deliranti. Dopo 2-3 h. è di nuovo reticente.

Il marito conferma quanto si è dedotto dall'esposizione della p.

*Diagnosi: delirio erotomane paranoide.*

10 - DE M. MARISA, 18 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato di agitazione ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - La p. sta in letto, assicurata, in stato di violenta agitazione; inaccessibile, si limita a ripetere di continuo, in modo stereotipato: « Signore, ti ringrazio! ».

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo qualche minuto, mantenendosi in stato di agitazione, la p. comincia a parlare, a rispondere alle domande, ad entrare in contatto con l'ambiente. « Non mi crede nessuno, mi dicono che sono scema... ho tanto nervoso... non posso sfogarmi con nessuno. Tutta la gente mi odia. Gesù mi ha mandato la Voce a dirmi che sono tubercolosa... Mi hanno affatturata... Tutta la gente mi odia perchè sono bella... Ecco, adesso la Madonna mi ha detto di parlar piano (abbassa di tono il suo vivace discorso)... mi faranno morire di una morte lenta lenta... me lo dice la gente cattiva... Mi fanno vedere degli uccelli strani e io soffro perchè non so che cosa significano... Dovete insistere su quello che dico perchè ho le idee confuse e riesco solo a pensare lentamente... ».

Non ho goduto nulla della vita mia, me lo ha detto la Madonna. Devo soppor-



tare tutte le cose che mi fanno... il mio fidanzato è cattivo perchè mi fa capire troppe cose... Ho parlato con la Madonna e mi ha detto che devo tribolare: c'è più gente che ti vuole bene che gente che ti vuole male... cerca di illuderti perchè non ti salvi più dal male, dal malandrino, dal maligno... Io vedo il sole e nessun altro lo vede... forse perchè mi si è sviluppato troppo il cervello... e mi ha detto: troppo tardi te ne sei accorta, Marisa mia! (Ride). Ci sforma la gente che io ci vedo bene! La gente ci sforma perchè vedo la Madonna, apposta mi vuol male. Ma la Madonna mi aiuta a vedere gli uccelli che mi cinguettano vicino... ora, ecco, sono neri, stanno lì, davanti a lei... oh Dio! sono cornacchie... Un Dio c'è al mondo e così è l'abbandono... però non abbandona nessuno.

Mi hanno tirata in giù... appena appena... e a me è parso chi sa che cosa... è la Madonna che mi ha fatto questa artistica grazia... Ma che lei è Gaetano? Sì, tu sei Gaetano. La Madonna mi ha detto che ti voglio bene e che devo soffrire... Tu sei dottore, Gaetano, ma io devo tribolare... ».

Durante tutto questo sproloquio, l'agitazione è a poco a poco scomparsa; la p. è divenuta più lenta e monotona nell'esposizione, con frequenti ecolalie ed ecoprassie e iterazioni motorie e verbali; i manierismi poco prima divenuti così evidenti, scompaiono. Dopo circa 20' la p. si trova in uno stato quasi d'arresto, che si mantiene per qualche ora; indi insorge nuovamente, sebbene molto più pallido, lo stato di agitazione iniziale.

*Diagnosi: Stato d'eccitamento in un processo paranoide.*

Successivamente le notizie dei famigliari confermano; il processo è in fase iniziale.

11 - S. G. ENRICO, 19 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato d'arresto ».

Status. - Non accede all'interrogatorio, neppure se violentemente stimolato; conserva gli atteggiamenti impostigli. Presenta i vari segni della serie catatonica.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 2'-3' arrossamento del viso, indi impallidimento, tremori periorali, lieve agitazione motoria. Gli atteggiamenti imposti non vengono più conservati. Comincia ben presto a rispondere alle domande, sebbene a monosillabi e con sforzo. Si mostra lucido e ben orientato; riferisce che prima « non poteva parlare ». Da qualche anno ha lasciato gli studi « perchè non può più studiare »: « mi sento cambiato, strano, molto diverso da prima » (piange). Passa la giornata stando in camera, leggendo libri di avventure o giornali o senza far nulla. Non si evidenziano disturbi psicosensoriali.

Dopo 9-10h. ricade in uno stato di arresto di tipo catatonico.

*Diagnosi: Ebefrenia.*

I parenti confermano.

12 - DI P. ANTONINA, 46 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato d'arresto ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - A letto, assicurata, risponde a monosillabi solo sotto violenti stimoli dolorosi; resiste ai movimenti passivi, digrigna i denti. L'interrogatorio è impossibile.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 2' la p. entra in intensissimo stato di agitazione, durante il quale riesce a liberarsi dalle fasce contenitive, si denuda urlando, assume atteggiamenti erotici, si masturba; dopo 10' comincia a divenire accessibile; a varie domande risponde sempre: « questo è un peccato che non si deve fare ». Lasciandola parlare spontaneamente si apprende che credeva di avere due bambini nella pancia, concepiti per intervento divino. Dio la ispirava. I medici l'hanno fatta abortire e i due bambini, figli di Dio, sono morti. Iddio però la possiede di continuo, e lei sa che da

Lui avrà altri figli. Spesso ode la voce del Signore che le fa dire la verità; forse ciò avviene perchè essa ha sbagliato nel farsi il segno della croce.

*Diagnosi: Delirio paranoide.*

I familiari confermano il delirio, insorto improvvisamente circa 2 mesi or sono; la p. non avrebbe mai abortito.

13 - L. ANTONIO, 31 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato d'arresto ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - Il p. giace in letto, immobile, con lo sguardo atono, fisso; non risponde nè si muove, neppure con le più energiche stimolazioni; conserva gli atteggiamenti imposti: quadro catatonico completo.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Non accade nulla di particolare; il p. non mostra segni neurovegetativi e, per quanto ripetutamente e violentemente stimolato, non accenna ad entrare in comunicazione con l'ambiente.

Dopo 12'-15' assume un atteggiamento di tensione interna, con tremori periorali e linguali, sembra stia per piangere, singhiozza, assume un'espressione addolorata, scuote lievemente il capo, a lungo, con monotonia; dopo qualche minuto dà segni di essere in preda ad allucinazioni visive, atteggia le labbra a preghiera. Messò a sedere sul letto, rovescia la testa all'indietro, segue con lo sguardo, lentamente, qualcosa che si muove sul soffitto e sulle pareti. Mantiene un atteggiamento scomodo per circa 2'-3', indi ricade lentamente all'indietro. Non esegue affatto gli ordini.

Manca l'ammiccamento agli stimoli di movimento portati davanti agli occhi.

*Diagnosi: stato catatonico.*

14 - B. PAOLO, 30 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato d'arresto ».

Anamnesi familiare negativa.

Anamnesi personale. - Carattere premorbo: esagerata permalosità. Ha sempre lavorato fino a 2-3 settimane fa, ha poi cessato di lavorare, perchè si sentiva triste; aveva sempre voglia di piangere.

Status. - Risponde alle domande solo con cenni; sorride sciocamente; assume atteggiamenti erotici. Non sembra mostri disturbi psicosensoriali in atto.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Scarsa risposta neurovegetativa. Dopo 6' comincia spontaneamente a parlare: « Qui si giocano delle vite dei bambini... chi sa il mio papà dov'è... Voglio vederlo... Sono venuto senza sapere dove andavo, da solo camminando... Noi qui sentiamo le voci da tutto il mondo... parliamo a tutto il mondo. La voce di qualcuno mi dice di continuo che bisogna amare i bambini ».

Alle nostre domande risponde di sentire tante voci sconosciute, ma non sa spiegare donde provengano. Insorgono grimaces e stereotipie nella mimica facciale. A poco a poco, nel giro di 20', l'ideazione rallenta, si inceppa, le stereotipie aumentano... Dopo 30' circa il malato si trova in un vero stato catatonico.

Dopo 12 h. ripristino dello stato iniziale.

*Diagnosi: stato catatonico in processo schizofrenico.*

15 - P. PIETRO, 31 a. Dal deposito, con diagnosi di « disturbi psichici ».

Mancano dati anamnestiche.

Status. - Il p. è tranquillo, non assicurato, lucido, orientato; accede all'interrogatorio con una certa difficoltà; mantiene un notevole riserbo; esegue con facilità ogni movimento.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 2'-3' tremore palpebrale, indi contrazioni disordinate di tutti i muscoli facciali, non vere e proprie grimaces.

I movimenti rallentano. Dopo 8'-10' accentuatissimo negativismo motorio.

D. - come ti chiami? R. - Dio e uno, Dio e due, Dio e tre. Indi recita con monotonia l'Ave Maria, per 4-5 volte, senza che si possa interromperlo. « Mi fate schifo tutti, tutta l'umanità... La Madonna mi deve aiutare... Madonna, vieni giù dal cielo e uno, Madonna vieni giù dal cielo e due, Madonna vieni giù dal cielo e tre ». Anche tale formula è ripetuta iterativamente. Poi parla sottovoce, bisbiglia: « Vincerò il Diavolo con la Madonna... ». Si arresta, con gli occhi sbarrati, indi, improvvisamente: « io sono Pietro, non posso esser Dio... sono Pietro e su questa pietra costruirai la chiesa... sono Dio, ma ho fatto tutti i peccati dell'umanità. Madonna, caccia via questa gente ». Continua a recitare avemarie. Sono Dio e uno, sono Dio e due, sono Dio e tre. Ave Maria, caccia via questo (rivolto al sanitario). Lo si percuote, sorride fatuamente: « Voglio l'orologio, di Dio, voglio vederla ».

D. - chi vuoi vedere? R. - Non vedo la Madonna ma il nemico, sì... il nemico di Dio, il mio nemico... aiutatemi...

Dopo poco più di mezz'ora, non risponde neppure se violentemente stimolato e mostra molti segni della serie catatonica.

Dopo 1h.½ insorge uno stato di notevole agitazione psicomotoria. Invoca Dio, parla di bomba atomica, di persecuzioni, recita precipitosamente preghiere, continua a farsi il segno della croce.

*Diagnosi: sindrome dissociativa, di tipo paranoide.*

I familiari raccontano una storia di processo paranoide, di inizio recente (un ½ mese).

16 - S. PIETRO, 30 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato d'arresto ».

Manca qualunque notizia anamnestica.

Status. - Il p. è in letto, semisollevato a sedere. Inaccessibile all'interrogatorio, anche sotto violenti stimoli.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3' rovescia il capo all'indietro, gli occhi sono ruotati al massimo verso l'alto; notevole flessibilità cerea e conservazione della posizione imposta. Dopo 10', dietro violente, reiterate stimolazioni, riesce a dire le sue generalità; alle altre domande risponde con un cenno del capo appena abbozzato, oppure con espressione afona: « Due anni » - « Trenta » - « Sto male » - « Sto qui ». Dopo 20' il p. ha un lento movimento di torsione verso d., si solleva a mezzo sul letto, con lo sguardo fisso, il respiro affannoso. E' divenuto totalmente mutacico. Si sporge completamente dal letto, in scultorea posa catatonica, con lo sguardo vacuo e la bocca semiaperta. Manca il riflesso di difesa palpebrale.

Dopo 35' si invita il p. a ripetere dei movimenti eseguiti davanti a lui: obbedisce con esattezza, ma poi continua con monotona stereotipia. Mostra inoltre eco-prassia; le sole parole che emette dopo violenta stimolazione sono ecolaliche.

*Diagnosi: Stato catatonico schizofrenico.*

17 - M. ADELINA, 29 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato dissociativo (?) ».

Anamnesi familiare e personale negativa.

La signora presso cui lavora come domestica da 16 mesi riferisce che è molto chiusa, lavora con ordine, ma da circa 2 mesi la p. è « come se facesse le cose macchinamente ». Non ha amiche.

15 gg. fa, mentre stirava col ferro elettrico, ha preso una scossa. Ha lasciato il ferro sul tavolo e della biancheria è andata bruciata. Pare abbia avuto paura di essere sgridata dai padroni. Da allora ripete sempre le stesse parole, di tanto in tanto dice che vede delle fiamme e ode delle campane. Non riesce più a lavorare.

Status. - La p. sta in letto, assicurata. Ha un aspetto smarrito. Sembra confusa, ma non si è sicuri quanto dipenda dal disturbo della coscienza e quanto dal disturbo del pensiero.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3'-4' insorge un leggero stato di agitazione, di colorito ansioso; si lamenta di forte mal di capo e vertigine. Dopo 10' si inizia l'interrogatorio: dice di avere 200 anni e di essere in reparto da 100 giorni; sí, sentiva una campanella che suonava, aveva un suono molto strano, come sott'acqua; sentiva voci, ora sommesse, ora urlanti, che le dicevano di andarsene, di portar via la madre, di mandar con loro il padre... Era innamorata di un marinaio, ma la madre di costui l'ha guardata una volta con occhi strani e terribili: forse il malocchio o forse qualche altra cosa, molto strana, terribile. Ultimamente le voci le hanno fatto vedere il fuoco sulle pareti e, da lontano, la madre, vestita di bianco, come morta: ciò le ha fatto capire che lei doveva restare nel mondo e che la madre sarebbe andata via. Fuori casa sente sempre rumori, come schioccar di fruste. Durante l'interrogatorio, la p. mostra chiaramente di essere in preda a disturbi psicosensoriali, di tipo prevalentemente illusorio.

*Diagnosi: iniziale processo paranoide.*

18 - P. ASSUNTA, 23 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato d'arresto ».

Anamnesi familiare e personale negativa.

L'attuale disturbo è iniziato improvvisamente tre giorni fa, senza causa apprezzabile; è sitofoba. Carattere premorbo: nulla di particolare.

Status. - La p. è immobile, lo sguardo fisso al soffitto; resiste attivamente ai movimenti che le si impongono; interrogata, stringe ancor più i denti.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 2' sbarra gli occhi, trema convulsamente, rapido arrossamento del volto; assume una facies terrificata, si siede sul letto, cominciando a lamentarsi. Resta inaccessibile per circa 20'; indi riferisce che da circa un mese non lavora più (sarta), perchè « non se la sente » ed è debole.

Ha capito che il marito la tradisce con un'altra; questa donna le ha fatto la fattura, per toglierla di mezzo. Un giorno ha sentito che gli spiriti cattivi le sono entrati in corpo: da allora ogni tanto le danno delle scosse al cervello e le parlano alle orecchie: non sa precisare ulteriormente il contenuto dei suoi disturbi psicosensoriali. Ha pensato di mettersi a letto come per morire: glielo avrebbero ordinato da una finestra del palazzo di fronte.

*Diagnosi: processo iniziale paranoide.*

19 - A. ANGELA, 46 a. Dal deposito, con diagnosi di « gravi disturbi psichici »; è stata fermata mentre tentava di entrare nel Quirinale « per vedere se il governo era cambiato ».

Manca qualunque notizia anamnesticca.

Status. - La p. è taciturna, come assente. Si mostra orientata ma risponde di malavoglia, elusivamente.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3'-4' la p. scoppia in pianto; dice che piange perchè il suo cuore si scuote tutto.

Si è recata al Quirinale perchè si sente sola, a casa non la comprende nessuno; è necessario che Dio la soccorra per renderla felice, lei e la sua bambina; chiama la figlia, l'invoca, la prega di non farsi male e di guardarsi della gente cattiva. « E' necessario che cambi il governo, altrimenti cambio io; hanno gettato la colomba della pace ed io sono questa colomba. Le persone mi trattano male; se il governo cambia, io guadagnerò ». Ha notato che la gente per strada la guarda con espres-

sioni significative, alcuni la insultano o la riveriscono « perchè è la figlia di un martire... sì... io sono la figlia del guerriero Achille... ora si combatte contro di me... congiurano... capisco che tutti mi sfottono... Tutte le donne hanno votato per la colomba della pace, cioè per me, perchè io debbo andare al governo. Per questo sono andata al Quirinale e quando il portiere non mi voleva far passare gli ho detto: « Vengo da parte del Presidente degli Stati Uniti che mi tiene sacrificata e non vuole che io vada a lavorare... sta alla Corte Imperiale e io alla Cancelleria »...

*Diagnosi: delirio paranoide.*

I familiari, dopo 24h., confermano quanto ha riferito la paziente, che « è cambiata da circa 2 mesi ».

20 - DI R. ROSA, 43 a. - Dal deposito, con diagnosi di « stato stuporoso ». Due ricoveri precedenti con diagnosi di « stato depressivo ». In ospedale psichiatrico non è mai restata più di due mesi.

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - La p. sta in letto, assicurata, con gli occhi sbarrati; ogni tanto si guarda attorno, spaurita, cerca di muoversi, non risponde neppure se violentemente stimolata.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 4'-5' inizia una notevole resistenza ai movimenti impresse; dopo 12'-15' tale resistenza cede: fleribilitas cerea, ritmici movimenti di adduzione e abduzione delle braccia e cenni monotoni del capo. Non risponde assolutamente, neppure agli stimoli violenti; non si guarda più d'attorno.

Dopo 2h. le condizioni sono identiche.

*Diagnosi: stato catatonico.*

I familiari, interrogati dopo 24h., riferiscono una storia di ebefrenia con elementi patoplastici depressivi.

21 - T. SEBASTIANO, 21 a. Dal deposito, con diagnosi di « disturbi psichici ».

Status. - Il p. sta quieto nel suo letto, risponde svogliato e reticente, ma con discreta coerenza. E' orientato. Sembra notevolmente ipotimico. Non si evidenziano disturbi psicosensoriali.

Mancando di dati anamnestici ed essendo in dubbio circa una psicopatia schizoide, si iniettano 30 mg. di Methedrine.

Il p. parla con maggiore lentezza, strisciando le parole. Non mostra particolari fenomeni neurovegetativi. La facies diventa nettamente inespressiva, atona. Con ripetute stimolazioni, si riesce a sapere che sente delle voci, che gli dicono tante cose... Spesso non risponde a tono, dice « sì... sì... ». Sente la testa che gli parla... Ogni tanto si arresta a mezzo nella risposta, guarda lontano... Se gli si domanda dov'è, risponde: « a letto » e subito aggiunge: « il letto è bianco ». Si tocca un braccio dicendo che il sangue non funziona, poi ride fatuamente.

Alla prova dei 5 anni dice: « gli anni non si contano ». A poco a poco, nello spazio di 20', diviene inaccessibile, mostrando tremori e fissità dello sguardo, con espressione di sgomento. Tende a conservare gli atteggiamenti imposti.

*Diagnosi: ebefrenia.*

I parenti danno notizie che confermano i fatti.

22 - B. DERNA, 25 a. Dal carcere delle Mantellate, con diagnosi di « squilibrio mentale ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - La p. sta a letto, tranquilla, con espressione fisionomica depressa; non accede all'interrogatorio, non risponde neppure sotto violenti stimoli; non

esegue gli ordini o agisce in senso contrario; per es. al comando: — Apri la bocca —, la p. serra fortemente i denti. Oppone viva resistenza ai movimenti passivi.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 2'-3' subentra un violento stato di agitazione, durante il quale la p., emettendo mugolii o suoni inarticolati, presenta tre attacchi di evidente marca isterica (arco di cerchio, agitazione scomposta, respiro affannoso e superficiale); pronuncia frasi incoerenti, invoca il duce, canta inni fascisti e religiosi.

Dopo circa 30' si rende accessibile a un interrogatorio: crede di trovarsi in carcere. Spesso dà risposte di traverso. D. - Come ti chiami? R. - Da chi cinque-mila? voglio il duce, il duce, il duce! — D. - Sei sposata? — R. - Avete ammazzato la mia bambina. — D. - Quanti anni hai? — R. - Volevo andare là... là... là... — D. - Dove? — R. - Non ricordo.

Dopo circa un'ora è in grado di riferire abbastanza coerentemente la sua storia. Qualche giorno fa è arrivata a Roma in cerca di lavoro, ma, trovata senza documenti, è stata fermata e condotta in carcere in attesa di rimpatrio.

Durante il fermo ha avuto un episodio che sembra crepuscolare. Vedeva un uomo nella sua stanza, vedeva gatti, cani, topi; credeva di poter parlare inglese e tedesco, credeva che una donna accanto a lei fosse gravida e che, sgravandosi, gettasse via il neonato.

A distanza di 24h. la p. è di nuovo nello stato quo ante.

*Diagnosi: stato reattivo crepuscolare, isterico (?)*.

Il personale delle carceri, da noi interrogato, conferma l'episodio crepuscolare di eccitamento.

23 - L. INES, 42 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato d'arresto ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - Come quello della p. precedente.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 2'-3' si rivolge al sanitario. Lei è il dott. P...; si faccia vedere; (leziosa) io l'ho amato, ma onestamente; (entra in stato di agitazione più psichica che motoria) con Alfredo non ci sono stata: era un puro amore. Io rinuncio a qualunque cosa ma all'onestà no. Lei ha fatto il puro amore con me — ci sono cinquanta testimoni — ma ho voluto anche molto bene a mio marito. (Rivolta ai sanitari) Siete tre sacerdoti... non sono indegna, no, no... (piange convulsamente)... volevo mettere la pace in famiglia.

D. - Dove ti trovi ora? — R. - Al manicomio.

D. - In che mese siamo? — R. - Siamo al mese... (si interrompe). Sei tu Alfredo... tu sei? No, non è vero!

D. - Quanti ne abbiamo? — R. - Oggi è... Lui solo lo può giustificare; è una guardia lui.

D. - Dove sta la tua famiglia? — R. - I miei figli stanno qui al manicomio con me, ma in un'altra camera.

(Esegue correttamente calcoli numerici elementari).

Ho detto che l'avrei fatto di fronte a due testimoni, che mi sarei fatta anche bruciare... Mio nipote mi ha detto... fatemi vedere chi sono... Non sono L. Ines.

D. - Quante zampe ha la gallina? — R. - Due.

D. - È il cavallo? — R. - Il cavallo... il cavallo... non è giusto, no! no! no! Il cavallo, caspita, ne ha due!

D. - E gli uccelli? — R. - Gli uccelli? Non lo so... non lo posso dire (piange); il Signore non me la fa la grazia... Io mi sottopongo a tutto fuorchè sottopormi a un uomo che non mi piace. (Si rivolge a un sanitario): Alfreduzzo mio! Lo sai quanto bene ti ho voluto! (Si rivolge ad un altro): Cacciatelo quel moscone. cacciatelo! cacciatelo!

D. - Come si chiama questo? (si mostra un orologio).

R. - Una chiave... ma non è una chiave... non importa... Signore, abbiate pietà di me! (piange).

D. - Quanti anni hai? — R. - Tu solo lo puoi dire... (Si insiste nella domanda)... sì, sì, adesso mi ricordo... ne ho... no, non mi ricordo! L'ho chiesta a Dio la grazia che doveva essere colpevole solo il primo!...

Dopo circa 10h., sottoposta a nuovo interrogatorio riferisce lucidamente la sua storia. Abita in una casupola della periferia; un temporale le ha allagato la casa, le ha rovinato la mobilia. Un suo bambino, mentre cercava di uscire, è stato colpito dai calcinacci che cadevano dal soffitto. Lei si è spaventata molto: ha litigato col marito; ricorda che mentre litigava, una radio vicina trasmetteva la romanza: Alfredo di questo cuore... Poi è uscita, si sentiva prendere da un convulso... poi non ricorda che di aver camminato molto, che si è sentita male, forse l'hanno condotta in una farmacia.

*Diagnosi: stato crepuscolare reattivo isterico.*

Il marito, dopo 48h., conferma e narra precedenti disturbi, di marca isterica.

24 - B. ELDA, 26 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato maniacale ».

Mancano precedenti anamnestici.

Status. - La p. è assicurata — si agita — parla a voce alta, con frasi incoerenti e con una certa fatuità. E' inaccessibile a un interrogatorio prolungato. Sembra allucinata.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3' la p. è in preda a un tremito convulso, si agita violentemente, grida, ulula, si contorce. E' inaccessibile; pronunzia delle frasi rotte, con frenesia: « Ecco la Madonna! Quanto è bella... è santa, anch'io sono santa... dall'età di 18 a. sono santa... dai 15 a. parlo con la Madonna... tutti voi siete santi... io sono la sposa del Papa... il Papa del mondo, della terra; del diavolo... una volta mi è apparso il diavolo, brutto, ma io sono da molti anni la sposa del papa... no, non sono ancora sposata, sono solo fidanzata, da pochi mesi... gli ho fatto l'anello... gli anelli della catena di Gesù... sono sposa di Gesù, parlo con Santa Rita, con la Madonna, da 4 anni, anche con i morti... ». Dopo circa 15' l'agitazione frenetica diminuisce; la p. è marcatamente logorroica, con una fuga di idee, molto accentuata, continua a parlare saltando da un argomento all'altro con estrema facilità, perdendo il filo del discorso. L'intonazione è euforica, senza la fatuità prima accentuata. « Il mio fidanzato è stato in America, l'America non farà la guerra, ma si deve fare la guerra contro il demonio che è come il veleno... datemi il veleno, come hanno fatto con Gesù sulla croce... ».

*Diagnosi: stato di agitazione maniacale.*

Dopo 24h., i parenti raccontano una tipica storia ciclotimica, iniziata 3 anni fa; questo è il terzo episodio maniacale.

25 - V. IVO, 50 a. Dal deposito, con diagnosi di « grave stato di agitazione psicomotoria ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - Il p. sta a letto, assicurato, con facies terrificata. Ogni tanto si agita violentemente; inaccessibile all'interrogatorio, anche insistendo molto, con dolcezza o con violenza. Emette monotoni lamenti e profondi sospiri.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3'-4' insorge un violento stato di angoscia, durante il quale il p. si esprime con un vivace colorito ansioso, con accenti disperati: Sarebbe una cosa terribile!... Non ho fatto niente!... Ubbidite, figlio mio! Non ho fatto niente, per carità... Dio mio, Dio mio! che disastri!... Non c'è più rimedio... Quello che ho fatto io non lo sa nessuno!... Nessuno perdonerà le mie colpe... e i miei figli sconteranno i miei

peccati! Poveri figli miei, che peccati tremendi... ecco là il diavolo che viene a prendermi!... Aiuto! Andrà tutto a fuoco!... Potessi morire... potessi morire... merito le più atroci sofferenze... tutto è finito... non mi salverò dall'inferno!... ».

Il p. non risponde alle domande e continua, per 30'-40', ad esternare, con mimica adeguata, idee di colpa e di rovina.

*Diagnosi: Depressione endogena con idee deliranti.*

I familiari riferiscono che il p. ha cominciato a manifestare le idee di cui sopra da circa un mese; danno notizie che permettono la conferma della nostra diagnosi.

26 - S. BENEDETTO, 55 a. - Dal deposito, con diagnosi di « disturbi psichici ».

Anamnesi familiare. - Padre psicopatico, suicida.

Anamnesi personale. - Il p. racconta una storia di episodi di « eccitazione, nervosismo, inquietudine » che gli impediscono di lavorare; durano 2-3 gg. e spesso si alternano con episodi di « benessere, euforia, iperlavoro » che durano qualche settimana.

Status. - Il p. sta in letto, assicurato e piantonato. E' molto vivace, insiste nel voler essere posto in libertà, minaccia, piange, ride, pur mantenendosi discretamente accessibile.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Il p. diviene marcatamente logorroico, dopo 5' dall'iniezione. Il decorso ideativo è più rapido, il colorito emozionale si accentua notevolmente; a volte si arresta come se perdesse il filo del discorso, soprattutto perchè mostra una attenzione riflessa molto vivace; le associazioni si susseguono rapidissime, portandolo lontano dal tema iniziale, ma poi riprende spontaneamente il nesso, si ricollega di nuovo, coerentemente, con quanto aveva detto prima.

*Diagnosi: stato maniacoale.*

I parenti confermano il nostro sospetto.

27 - T. NERINA, 42 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato stuporoso ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status all'ingresso. - Trasandata e disordinata nella persona, ma non sudicia; non risponde ad alcuna domanda, però mostra di comprendere quanto le viene detto: esegue infatti, sebbene lentamente e con ritardo, ordini elementari. Spesso durante l'interrogatorio volge lo sguardo in alto, come se vi scorgesse qualcosa, e le labbra si increspano a bisbigliare un borbottio indistinto.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 8'-10' iniziano tremori periorali e palpebrali; la p. è rigida, rovescia il capo all'indietro, indi si mostra ansiosa, si agita, pronuncia continuamente la frase: « perchè, Dio mio? ».

Interrogata, risponde: « Sono perduta, assolutamente; non c'è più nulla da fare... Le colpe più orribili... Dio mio!... Debbo esser bruciata viva, lo so... lo so! ». Si apprende così che la p. si sente colpevole di essersi allontanata dal convento ove lavorava per andarsene a casa; è così che aveva contraccambiato tutto il bene che le suore le avevano fatto. E' un'ingrata, traditrice e peccatrice, e per questo il Signore l'ha condannata ad essere arsa viva. Da dieci giorni non lavora più e non può più dormire perchè tutto è irremediabilmente perduto. Già in passato la sua famiglia era stata maledetta da Dio, tanto che un fratello si era suicidato. Esorta il sanitario ad allontanarsi per non venire da lei contaminato.

Dopo 6h. la p. si trova nuovamente nello stato che presentava all'ingresso.

*Diagnosi: depressione endogena.*

I familiari confermano e raccontano di una tipica ereditarietà.



28 - M. ANGELO, 49 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato depressivo ».

Anamnesi familiare. - Muta.

Anamnesi personale. - Si può sapere solo che ha tentato due volte il suicidio, tagliandosi la gola con un coltello, impiccandosi.

Status. - Il p. è taciturno reticente. Interrogato, parla solo dei suoi due tentativi di suicidio, e cerca di minimizzarli. Non mostra di essere in preda a disturbi psicosensoriali.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3'-4' scarica emotiva di pianto convulso e di agitazione. Dopo 15', calmatosi alquanto, riferisce che due mesi fa provò un senso di bruciore intenso dietro la schiena e durante la minzione; nello stesso tempo si sentì profondamente infelice, sconcertato, debole; non aveva voglia di lavorare, era insonne, fortemente anoressico.

Tali sintomi gli fecero supporre che la moglie avesse contratto una malattia venerea dal padrone di casa e poi lo avesse contagiato. Il sospetto venne avvalorato da calunnie che i suoi familiari andavano spargendo sul suo conto, lesive della sua integrità morale. Decise allora di uccidersi, tagliandosi la gola, ma il tentativo fu sventato dai familiari.

Continuando ad avvertire « i bruciori alla schiena e per la vita », si credette gravemente malato ai polmoni. Temendo di contagiare i figli e i nipotini tentò di impiccarsi; non ricorda bene l'episodio: « era come se si trovasse in un sogno ».

*Diagnosi: stato depressivo endogeno.*

Il figlio conferma e rivela una familiarità nella famiglia.

29 - C. ROSA, 30 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato depressivo ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - A letto, immobile, non risponde alle domande neppure se violentemente stimolata. Non mostra segni di emozione, non si oppone ai movimenti passivi, non conserva gli atteggiamenti imposti.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3' insorge un violentissimo stato di agitazione ansiosa: urla, è scossa da un tremito convulso, singhiozza: « Mi sento risuscitare - Aiuto! Gesù, aiutami a uscire di qui! Credevo di stare all'inferno, mi sembrava di bruciare... vedevo i diavoli con le forche, che volevano gettarmi in un pozzo... io non volevo andare con loro, ma mi ci hanno portata... Mi sembrava che avessero preso i miei figli »...

Calmatasi alquanto dopo 10', si riesce a sapere che il marito è ricoverato per tbc. e lei deve mantenere da sola i 4 figli; le condizioni economiche sono disperate. Tali pensieri l'hanno fatta ammalare, sa che è matta, ormai non ha più alcuna speranza.

*Diagnosi: stato depressivo reattivo.*

30 - P. GINA, 35 a. Dal deposito, con diagnosi di « tentato suicidio ».

Manca qualunque notizia anamnestica.

Status. - La p. è in letto sonnolenta (3 gg. prima aveva ingerito una forte dose di barbiturici), torpida.

E' discretamente orientata, taciturna, reticente, ostile. Dice solo « di esser stanca di vivere ».

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 6'-8' la p., senza mostrare particolari segni neurovegetativi, comincia a parlare spontaneamente, riferendo che è vedova da 2 anni, ha 2 figli; da 4 anni aveva un amante, un uomo sposato e con prole; questi era entrato così completamente nella sua vita che ormai lei non poteva più farne a meno. Alla morte del marito della p., l'amante ha preso ad amministrarle i beni, profittandone a suo vantaggio e riducendola in condizioni economiche precarie.

I parenti le hanno tolto i figli e l'amante l'ha abbandonata. Esasperata, distrutta, ha tentato il suicidio, in maniera alquanto teatrale e protetta. Atteggiamenti istrionici durante la narrazione.

*Diagnosi: reazione emotiva di tipo psicogeno, isterico.*

I familiari confermano, dopo 24h.

Dopo 12h. dall'iniezione, la p. torna ad essere taciturna ed ostile.

31 - B. ANNA MARIA, 19 a. Dal deposito, con diagnosi di « tentato suicidio ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - La p. è tranquilla, orientata, reticente, alquanto fatua. Dice di aver ingerito 10 compresse di lustral « perchè stanca di vivere »; non si ottengono altre informazioni; spesso sorride scioccamente e borbotta tra sè e sè.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 5'-6' la p. si agita leggermente, indi comincia a parlare spontaneamente; opportunamente guidata dal sanitario, riferisce di aver avuto diversi fidanzati, ma di aver serbato intatta la sua verginità. Attualmente era fidanzata con un giovane che, sapendo i suoi precedenti, per sposarla ha voluto la prova della sua onestà. Poichè l'unione non gli avrebbe tolto i sospetti, il fidanzato l'ha condotta da un ostetrico, il quale si è pronunziato sfavorevolmente alla sua innocenza. Disperata, ha voluto suicidarsi. Atteggiamento teatrale durante tutto il racconto.

*Diagnosi: reazione emotiva, in personalità isterica.*

Dopo 2-3 gg., si può ottenere conferma della diagnosi prospettata.

32 - A. BRUNA, 38 a. Dal deposito, con diagnosi di « mutismo isterico ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - Tranquilla. Non risponde a nessuna domanda, porta la mano alla bocca, accennando di non poter parlare. Esegue con esattezza tutti gli ordini che le vengono impartiti.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3'-4' insorge uno stato marcato di irrequietezza motoria, con pianto e lamenti ad alta voce.

« La testa... mi gira la testa!... Ho una palla dentro la gola... ». Dall'interrogatorio si nota che è lucida, orientata, non presenta grossolani deficit mnescici. Un anno fa fu operata a causa di un prolasso uterino; nel periodo post-operatorio soffrì molto e da allora è rimasta sempre di salute malferma; qualche giorno fa un ostetrico le disse che doveva di nuovo sottoporsi ad un intervento perchè aveva un grosso fibroma uterino. La p. ne fu addirittura atterrita, tuttavia continuò a sbrigare regolarmente le mansioni domestiche fino a ieri mattina allorchè, alzandosi per preparare la colazione al marito, sentì che le forze l'abbandonavano, ricadde sul letto e non riuscì più a proferir parola.

Durante questi ultimi due giorni la p. è stata perfettamente cosciente: ricorda tutti gli avvenimenti e li racconta con dovizie di particolari. Dice: « non potevo parlare perchè avevo un groppo in gola che me lo impediva in maniera assoluta ».

*Diagnosi: mutismo isterico.*

Il marito conferma quanto sopra e dà notizie anamnestiche irrilevanti.

33 - P. ROSA, 22 a. Dal deposito, con diagnosi di « mutismo isterico ».

Mancano notizie anamnestiche.

Status. - La p. è tranquilla, non risponde ad alcuna domanda neppure se violentemente stimolata. Non accenna, come la precedente, a impedimenti della favella. Esegue perfettamente tutti gli ordini, anche i più complessi.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Dopo 3'-4' entra in uno stato di intensa emotività, di colorito ansioso, indi emette grida inarticolate, urla violentemente... Dopo 10'-15', opportunamente guidata dal sanitario, riferisce con ricchezza di particolari la sua storia: separatasi dal marito, che era l'amante della sorella, è venuta a Roma come cameriera. Qui ha conosciuto un agente di polizia, di cui si è innamorata e al quale ha nascosto di essere sposata. Negli ultimi tempi era ossessionata dal timore che « il suo amore avrebbe scoperto tutto ». Ieri improvvisamente si è sentita male e non ha più potuto articolare parola. E' molto grata ai sanitari per la guarigione che definisce « miracolosa ».

34 - D'I. ETTORE, 54 a. Dal deposito, con diagnosi di « stato di agitazione ».

Manca qualunque notizia anamnestica.

Status. - Il p. sta in letto, assicurato, con espressione di intensa adirazione; non accede in alcun modo all'interrogatorio. Es. neurol. negativo.

Si iniettano 30 mg. di Methedrine endovena.

Lo stato non si modifica affatto. Non compaiono rilevanti fenomeni vegetativi o emotivi, salvo una modesta tachicardia. Se violentemente stimolato il p. si limita a gridare: « vili... vili, via... via, vili!.. ».

Non si può attuare, quindi, una precisa diagnosi.

Dopo 24 h. il p. è divenuto tranquillo; riferisce di non ricordare assolutamente nulla di quanto gli è accaduto nella giornata di ieri.

Dai familiari si apprende che da molti anni soffre di accessi convulsivi epilettici. Ieri, per un futile motivo, ebbe una crisi di furore, fracassando i mobili.

\* \* \*

#### COMMENTO AI CASI

Si tratta, riassumendo, di 34 pazienti, di cui 24 donne e 10 uomini. Le diagnosi formulate con l'aiuto della Weckanalisi, tutte confermate dalle notizie offerte dai parenti e dall'ulteriore osservazione psichiatrica, sono riassunte nel seguente specchio:

13	»	- deliranti paranoidi
2	»	- deliranti erotomani
2	»	- ebefrenici
4	»	- catatonici
6	»	- reazioni psicogene e crepuscoli isterici
1	»	- depressione reattiva
3	»	- depressioni endogene
2	»	- stati maniacali
1	»	- epilessia

Nelle *psicosi schizofreniche* sensu lato (21 in tutto) l'azione della metedrina non è univoca:

1. - nella maggior parte dei deliranti paranoidi (casi nn. 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 18) i disturbi psicotici si sono evidenziati attraverso l'au-

mento della loquacità, indotto dalla metedrina; con una opportuna direzione di inchiesta si sono ottenute narrazioni di validità sufficiente a svelare i disturbi psicosensoriali, i contenuti deliranti, i disturbi del pensiero e della coscienza dell'Io, gli Einfälle e le percezioni deliranti (più raramente lo « stato d'animo » delirante), in una parola i principali elementi fenomenologici (nel senso di Jaspers) della psicopatologia delirante. Si accentua marcatamente l'incomprensibilità, più nel suo aspetto affettivo (Uneinfühlbarkeit) che in quello logico (Unverständlichkeit).

2. - in alcuni casi (nn. 4, 12, 15, 19) è insorta una violenta agitazione psicomotoria, ben distinguibile dai fenomeni neurovegetativi immediati prodotti dalla metedrina iniettata; in tali casi si sono avute delle vere *esplosioni paratimiche*, di indubbio valore diagnostico.

3. - abbiamo osservato anche, nei casi nn. 12 e 21, un rapido avviamento verso la dissociazione, verso il disturbo primario del pensiero e dell'affettività, una *atimia acuta*, se così si può dire, fino ad un arresto (Sperrung) psicomotorio.

4. - nei catatonici (casi nn. 13, 14, 16, 20) la metedrina ha accentuato i segni del blocco, sempre in modo piuttosto marcato sebbene con intensità diversa per i singoli casi e per i singoli sintomi; solo nel caso n. 21 si è potuto osservare uno sbloccamento, quantunque parziale.

Tale polimorfismo di risposte allo stimolo weckaminico, nelle psicosi schizofreniche, potrebbe eventualmente costituire un'ulteriore conferma della validità della critica che la scuola romana (Bini e Bazzi) ha mosso ai tentativi psicogenetici di ricerca di una « formula psicopatologica » della schizofrenia, cioè di un denominatore comune più o meno astratto, tanto in voga fino a qualche anno fa presso molte scuole psichiatriche (40).

Negli stati maniacali (casi nn. 24 e 26) si è avuta una notevole accentuazione della sintomatologia, in contrasto con la regola dei valori di partenza di Wilder-Selbach; siamo d'accordo con ZIPF (18) nell'attribuire a tale regola solo un valore relativo, per il giuoco continuo di fattori qualitativi, di spiccate differenze individuali di risposta.

Negli stati depressivi, endogeni e reattivi, si osserva prevalentemente una cospicua accentuazione dell'atteggiamento umorale con facile estrinsecazione delle idee pseudodeliranti (Wahnhaft) di colpa o di rovina, fino allora tenute nascoste (casi nn. 25, 27, 29), o, più raramente, un effetto nullo o quasi (caso n. 28), con conservazione dello statu quo. Non abbiamo mai osservato un impallidimento della sintomatologia nè gli effetti paradossi cui accenna JANZ (ved. pag. 515).

Crediamo anche di poter affermare che le weckamine consentono di ammettere con sicurezza ancora maggiore di quanto è possibile con la normale analisi psicopatologica quella differenza strutturale (non solo quantitativa) tra le Verstimmungen distimiche e la tristezza o la gioia normali, che già J. LANGE e K. SCHNEIDER (31) avevano da tempo sostenuto (a); come anche ci è apparsa viva e vitale l'importante affermazione di JASPERS: « Ich verstehe diese Trauer und diese Hochgestimmtheit phänomenologisch, aber nicht genetisch » (41).

Negli stati reattivi crepuscolari (42) di tipo isterico e nelle reazioni emotive (casi nn. 22, 23, 30, 31), del tipo Schreckpsychosen di Kleist, abbiamo ottenuto sempre l'esteriorizzazione dei sintomi che hanno condotto alle reazioni psicogene epitimiche. L'importanza del trauma emotivo non ha mai raggiunto la tragica realtà che si ha nelle reazioni psicogene da spavento (b); i quadri che la weckanalisi ha messo in evidenza non hanno qui nulla a che vedere con le varietà acinetico-stuporose (44) o con quelle ipercinetico-crepuscolari, con la Scherkkatatonie di Braun (46) o con il raptus émotif di Dumas. L'analisi metedrinica ha in ogni caso evidenziato fattori psicogeni che riguardavano situazioni od avvenimenti spiacevoli rispetto alle aspirazioni e all'adattamento alla vita.

I mutismi isterici (casi nn. 32 e 33) si sono prontamente risolti, mostrandosi come tipiche *sovrastrutture isteriche*.

In tali casi, però, la nostra esperienza con la narcoanalisi è da ritenersi superiore, soprattutto per i risultati terapeutici permessi dalla accessibilità suggestiva e dalla narcosintesi (46-47).

Nel caso n. 34 (stato di agitazione in epilettico) la weckanalisi non ha permesso alcuna precisazione diagnostica, evidenziando sintomi aspecifici, ed anche questi in modo incompleto e transitorio.

#### CONCLUSIONI

Le nostre esperienze di weckanalisi sono state limitate volutamente a quei casi giunti in reparto di preosservazione psichiatrica senza o quasi senza notizie anamnestiche che permettessero un orientamento diagnostico, ed il cui status psichico era poco eloquente di per sè; abbiamo voluto saggiare in tale senso, assolutamente pratico, l'utilità della analisi weckaminica; abbiamo tralasciato completamente l'aspetto fi-

(a) Die Verstimmungen des manisch-melancholischen Irreseins nicht nur quantitativ, sondern auch strukturell von der normalen Trauer und Freude unterschieden sind.

(b) Tali reazioni si riallacciano, per il loro livello biologico elementare senza alcun controllo della coscienza, a quei meccanismi, scatenati da stimoli prevalentemente fisiogeni, che si osservano nell'epilessia (Cerletti) come sindrome di spavento-difesa (43).

siologico-vegetativo e, sebbene la casistica non sia delle più ricche, crediamo di poter affermare l'indubbia utilità di tale procedimento farmacodinamico per un primo orientamento diagnostico, preciso entro limiti soddisfacenti.

Certo non è affatto lecito, e d'altronde sarebbe ingenuo, parlare di un'analisi strutturale psicopatologica completa effettuabile con le weckamine; non è questo che si richiede alla weckanalisi che resta al livello di un ausilio diagnostico, spesso valido, sì, ed assai utile, accanto all'accurato esame psichico diretto e alla prolungata osservazione che conservano sempre la loro posizione preminente nell'esame psicopatologico e nella diagnostica psichiatrica.

#### NOTA BIBLIOGRAFICA

1. - CREMERIUS J., *Aerztlich-rechtliche Probleme der NA.*, in: « Med. Klin. », I, 240, 1950.
2. - STOCKERT F. G. v., *Klinische und therapeutische Auswertung des Evipansversuchs in der Psychiatrie*, in: « Nervenarzt », 15, 185, 1942.
3. - SCHWARZ H., *Die Kurznarkose als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel in der Psychiatrie*, in: « Nervenarzt », 19, 63, 1948.
4. - JANZ H. W., *Die diagnostische Verwertbarkeit der Weckaminwirkung in der Psychopathologie*, in « Nervenarzt », 22, 45, 1951.
5. - BRUCKE F. TH., *Ein « neues » Genuss, und Heilmittel?*, in: « Munch. med. Wschr. », I, 544, 1951.
6. - MYERSON A., *Effect of Benzidine Sulfate in mood and fatigue in normal and in neurotic persons*, in: « Arch. of Neur. and Psychiatry », 36, 816, 1936.
7. - GOTTLIEB J. S., *Antidepressive action of 5, (1,3 dimethyl-butyl), 5, ethylbarbituric acid*, in: « Arch. of Neur. and Psychiatry », 66, 318, 1951.
8. - SOEHRING K., WIGAND R., *Ueber den Nachweis von Pervitin im Tierversuch*, in: « Klin. Wschr. », I, 238, 1949.
9. - MEDINETS H. E., KLINE N. S., METTLER F. A., *Effect of Dibenamine on autonomic functions and catatonia in schizophrenic subjects*, in: « Proc. Soc. Exp. Biol. Med. », 69, 238, 1948.
10. - REIFENSTEIN E. C., DAVIDOFF E., *Psychological effects of Benzidine Sulfate*, in: « Am. J. Psychology », 52, 56, 1939.
11. - ROSSELLI DEL TURCO, in: « Rass. di Neurol. Veget. », 40, 1939 (cit. in Accornero).
12. - STAEHELIN J. E., *Die Bedeutung der sogenannten Weck-Amine für die Neurologie und Psychiatrie*, in: « Schweiz. med. Wschr. », II, 1197, 1941.
13. - HUNDHAUSEN F. W., *Experimentell-psychologische Untersuchungen mit Pervitin bei Jugendlichen*, in: « Allgm. Zeitschr. f. Psychiatrie », 120, 85, 1942.
14. - WUNDERLE F., *Experimental-psychologische Untersuchungen über die Wirkung des Pervitins auf geistige Leistungen*, in: « Arch. f. Psychiatrie », 113, 504, 1941.
15. - FLÜGEL F. E., *Medikamentöse Beeinflussung psychischer Hemmungszustände*, in: « Klin. Wschr. », II, 1986, 1938.
16. - JANZ H. W., *Zur diagnostischen Werwendbarkeit der Weck-Aminwirkung in der Psychopathologie*, in: « Zbl. Neurol. », 107, 596, 1949.
17. - SELBACH H., in: « Med. Klin. », 33, 596, 1943.
18. - ZIFF H. F., in: « Klin. Wschr. », I, 545, 1947.
19. - SCHEMINSKY F., *Ueber die « zentral-unsymmetrische » Wirkung des Pervitins im Stromdosisversuch nebst Bemerkungen über « zentral-unsymmetrische » Wirkungen überhaupt.*, in: « Wien. Zeitschr. f. inn. Med. », 28, 285, 1947.

20. - JASPERS K., *Allgemeine Psychopathologie*, V. ed. Springer, Berlin 1948, p. 52.
21. - MYERSON A., *The reciprocal pharmacological effects of Amphetamin Sulfate and the Barbiturates*, in: « New England J. Med. », 221, 561, 1939.
22. - LEVINE J., RINKEL M., GREENBLATT M., *Pervitin in Neuropsychiatry: comparis on with Sodium Amytal and Amphetamine Sulfate*, in: « Arch. of Neur. and Psychiatry », 63, 351, 1950.
23. - TENCONI P., *Parallelo farmacologico-clinico fra Simpamina ed Efedrina in soggetti sani e psicopatici*, in: « Osp. Psichiatr. », 7, 185, 1939.
24. - DELAY J., PICHOT P., ROMANIET P., GENEST R., *L'emploi de Méthédrine en psychiatrie. L'exploration des mutismes*, in: « Ann. Méd. Psychol. », 105, 50, 1947.
25. - DELAY J., PICHOT P., GENEST R., *Le choc amphétaminique*, in: « Ann. Méd. Psychol. », 11, 271, 1947.
26. - DELAY J., PICHOT P., ROMANET B., *Le choc amphétaminique. Etude clinique de l'action du Chloridrate de Méthyl-amphétamine dextrogyre*, in: « Bull. Soc. Méd. Hop. », Paris, 308, 1948.
27. - DELAY J., PICHOT P., ROUBLEFF J., ROMANET B., *Le test de Rorschach après choc amphétaminique dans le diagnostic des schizophrénies*, in: « Encéphole », 37-3, 1948.
28. - DELAY J., *L'exploration pharmacodynamique de la personnalité*, in: « Proc. Roy. Soc. Med. », 42, 491, 1949.
29. - DELAY J., *Méthodes biologiques en clinique psychiatrique*, Masson, Paris, 1950, p. 466 e segg.
30. - BIRNBAUM K., *Der Aufbau der Psychose*, in: « Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie », 75, 455, 1919.
31. - SCHNEIDER K., *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart, p. 97, 1950.
32. - DUB L. A., LURIE L. A., *Use of Benzedrine in the depressed phase of the psychotic state*, in: « Ohio Med. Journ. », 35, 39, 1939.
33. - GOTTLIEB J. S., *The use of Sodium Amytal and Benzedrine Sulfate in the symptomatic treatment of depression*, in: « Dis. Nerv. System », 10, 50, 1949.
34. - DAVIDOFF E., REIFENSTEIN E. C., GOLDSTONE G. L., *Amphetamine Sulfate-sodium Amytal treatment of schizophrenia*, in: « Arch. of Neur. and Psychiatry », 45, 439, 1941.
35. - GULLOTTA E., ANGELELLI P., *La cura degli stati depressivi con la Benzedrina*, in: « L'Osp. Psich. », 5, 584, 1937.
36. - LEVINE J., RINKEL M., GREENBLATT M., *Pervitin in neuropsychiatry: comparison with Sodium Amytal and Amphetamine Sulfate*, in: « Arch. of Neur. and Psychiatry », 63, 351, 1950.
37. - MYERSON P. G., LANDAU D., *Tapping Rhythms in neuropsychiatric patients*, in: « Arch. of Neur. and Psychiatry », 63, 351, 1950.
38. - KALUS F., KUCHER J., ZUTT J., *Ueber Psychosen bei chronischen Pervitin-Missbrauch*, in: « Nervenarzt », 15, 313, 1942.
39. - ACCORNERO F., *Intossicazione sperimentale da Betafenilisopropilamina*, in: « Lavoro Neuropsichiatrico », 2, 307, 1947.
40. - BINI L., BAZZI T., *La schizofrenia; nosografie e teorie generali*, Abruzzini, Roma, 1949.
41. - KEHRER F. A., *Das Verstehen und Begreifen in der Psychiatrie*, Thieme, Stuttgart, 1951.
42. - BUNSE P., *Ueber reaktive Dämmerzustände*, in: « Zeitschr. f. Psychiat. », 40, 237, 1918.
43. - BINI L., BAZZI T., *Le psiconevrosi*, Roma, Abruzzini, 1949.
44. - BAZZI T., *Il fattore « emozione shock » nella genesi delle cosiddette psicosi e nevrosi di guerra*, in: « Riv. Med. Aeron. », 10, 1, 1947.
45. - BRAUN E., *Psychogene Reaktionen in Bumke O.*, in: « Handbuch der Geisteskrankheiten », Berlin, Spinger, V., p. 112.
46. - SPACCARELLI G., CERQUETELLI G., *Narcoanalisi e narcosuggestione*, in: « Clinica Nuova », 2, 188, 1946.
47. - CALLIERI B., *Les atteintes à la liberté humaine en neuropsychiatrie*, relazione tenuta alla « Semaine des médecins et des étud. catholiques », Bad Schönbrunn, Zürich, luglio 1951 (inedito).