

LOUIS J. WEST

ALLUCINAZIONI

Versione italiana a cura di
RENATA CHIOVENDA

Presentazione alla edizione italiana del
Prof. LAMBERTO LONGHI
Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma



EDITRICE INTERNAZIONALE «ARTI E SCIENZE»

1965

5.

Raffronto tra le allucinazioni visive nella schizofrenia e quelle prodotte dalla mescalina e dall'LSD-25

Irwin Feinberg

INTRODUZIONE

In una relazione autobiografica pubblicata recentemente di un episodio di schizofrenia, l'autore ha descritto due tipi di esperienze visive spontanee. Una era simile alla proiezione di un film su una parete. L'altra era caratterizzata da un sorprendente intensificarsi del colore e della luce; un disturbo visivo simile a quelli che si presentano nei primi stadi di intossicazione da mescalina e da LSD. Questa relazione compiuta da un osservatore preparato e attento, fa sorgere l'ipotesi che le alterazioni visive caratteristiche delle sindromi da farmaci possano manifestarsi anche nella schizofrenia.

Il fatto che queste sindromi non siano state spesso notate in passato può essere attribuito al maggiore interesse del paziente per gli aspetti più drammatici della sua esperienza allucinatoria, e all'assenza di una ricerca specificatamente indirizzata verso questo tipo di informazione. Spesso si è notato che la mescalina e l'LSD provocano sindromi allucinatorie totalmente differenti da

quelle della schizofrenia, in quanto si tratta prevalentemente, se non esclusivamente, di allucinazioni visive piuttosto che uditive. Tuttavia ci si può chiedere, inoltre, se le allucinazioni visive dei soggetti schizofrenici somiglino a quelle provocate da agenti psicomimetici. Questo studio ha lo scopo di appurare questa possibilità e ha offerto inoltre l'occasione di compiere ulteriori osservazioni sulla fenomenologia delle allucinazioni visive nella schizofrenia.

SCELTA DEI SOGGETTI

Dal momento che i pazienti schizofrenici affetti da allucinazioni visive sono così poco comuni, non è stato possibile ottenere un numero sufficiente di soggetti mediante una scelta affidata al caso. E' stato invece necessario fare assegnamento sulle informazioni fornite dal personale di numerosi ospedali di Stato. I pazienti sono stati scelti prevalentemente nei reparti acuti e subacuti, dove la proporzione tra il personale e i malati era abbastanza alta da permettere di ottenere informazioni accurate riguardo allo stato mentale del paziente. Dei 19 pazienti studiati soltanto 4 provenivano da reparti cronici. Per questo i dati ottenuti si riferiscono principalmente ai pazienti più acuti ed estroversi.

Sono stati esaminati 19 pazienti, 8 uomini e 11 donne, tutti sicuramente diagnosticati per schizofrenici. Due dei pazienti studiati avevano nell'anamnesi esami positivi del liquor. Nessuno dei due mostrava tracce di lue, se non una certa elevazione della curva dell'oro colloidale, ed ambedue erano stati sottoposti ad un lungo trattamento di penicillina con ritorno della curva colloidale alla normalità. Nè nell'anamnesi, nè all'esame obiettivo risultavano deficit neurologici. La natura della allucinazione di questi due pazienti non si distingueva in alcun modo da quella degli altri pazienti del gruppo.

METODI

I fenomeni visivi prodotti dalla mescalina sono stati ampiamente descritti (2, 3); quelli prodotti dall' LSD sembrano sostanzialmente identici (4). Sulla base di queste descrizioni è stato redatto un questionario le cui voci avevano lo scopo di ricavare le caratteristiche essenziali delle sindromi da farmaci. Nei suoi studi sulle intossicazioni da mescalina, Klüver (3) ha concluso che alcune immagini visive si presentano invariabilmente nel corso delle allucinazioni prodotte da farmaco. A queste immagini Klüver ha dato il nome di « costanti formali » e comprendono reticolati, ragnatele, tunnel, viali, vasi e spirali, ed una generica tendenza alla geometrizzazione di altre forme. Altri elementi comuni dello stato da farmaco sono: alterazione dei colori, cioè luminosità, ricchezza e composizione insolite; oscillazioni di dimensioni, forme e numeri; tendenza a vedere in tre dimensioni le figure piane; anormalità dei movimenti; e frequente sinestesia. Il questionario comprendeva voci che tendevano a mettere in luce gli aspetti di cui sopra e anche i seguenti elementi: confronto delle allucinazioni visive con le allucinazioni di altro tipo e con le forme deliranti; e, per le allucinazioni visive, durata, momento in cui si manifestano, reazione soggettiva (di piacere o timore), reazione esplicita di comportamento e il grado fino al quale la esperienza sembrava reale. Il questionario è riportato in appendice.

Ogni paziente è stato interrogato personalmente dall'autore che raccoglieva informazioni per riempire il questionario, nel corso di uno o più colloqui, a seconda della volontà di collaborazione del paziente. Lo scopo di questo studio era noto ai pazienti, essi sapevano cioè che volevamo conoscere i particolari delle loro esperienze, per paragonarle alle esperienze di altri malati o di individui normali, cui erano stati somministrati determinati farmaci. La collaborazione del paziente aumentava notevolmente se gli veniva dichiarato che altri avevano avuto esperienze simili alle sue. Que-

sta dichiarazione serviva a rassicurarli nella maggior parte dei casi, evidentemente perchè implicava che noi rispettavamo le loro esperienze e le consideravamo degne di studio.

Tutti i pazienti hanno invariabilmente mostrato il massimo interesse al fatto che altri avessero esperienze simili alle loro e questo sembrava ridurre il loro senso di isolamento.

I 19 pazienti esaminati hanno descritto in tutto 22 esperienze allucinatorie. I colloqui sono avvenuti in 10 casi a due settimane di distanza dal presentarsi dell'allucinazione, in cinque casi entro due mesi, in tre casi entro un anno. Quattro allucinazioni sono state descritte dopo un intervallo maggiore di un anno (due dopo 18 mesi e due dopo 28 mesi).

RISULTATI

Confronto fra le allucinazioni visive

Nessuno dei pazienti ha riferito esperienze visive genericamente simili a quelle che si verificano nei primi stadi delle intossicazioni da farmaci. E' stata notata, quasi invariabilmente, l'assenza di « costanti formali » e di notevoli alterazioni o esagerazione del colore. Non si sono riscontrate sinestesie. Anche l'alterazione del movimento, come il movimento ondulatorio di oggetti fermi, è stata raramente registrata. Non si è verificato alcun caso di tendenza a rendere tridimensionali le figure piane. Tuttavia, si sono riscontrati fra i pazienti alcuni casi isolati di fenomeni visivi tipici degli stati da farmaco. Numerosi pazienti hanno parlato di visioni insolitamente luminose e di oggetti particolarmente splendidi. Un paziente ha visto ondeggiare la parete della sua stanza; un altro ha visto una donna che si muoveva come un serpente. E' necessario rilevare che questi sporadici racconti di alterazioni nella luminosità o nel movimento sembrano più un riflesso del significato delirante delle allucinazioni, che non una alterazione più generale dell'ambiente visivo. Semb-

rebbe così che le allucinazioni visive da schizofrenia differiscano da quelle delle sindromi da farmaco per l'assenza di un certo numero di aspetti altamente caratteristici di questa ultima condizione, anche se non sempre presenti.

Allucinazioni visive nella schizofrenia

Il presente studio ha offerto la possibilità di compiere alcune osservazioni generali sulla fenomenologia dell'allucinazione visiva nella schizofrenia. In primo luogo, la sorgente apparente dell'esperienza visiva varia in modo molto simile a quanto accade per le allucinazioni uditive. Le allucinazioni uditive possono apparire al paziente come la percezione di propri pensieri o provenienti dal suo cervello stesso o provenienti dall'esterno; egli può anche non riconoscere alcuna connessione fra le voci che avverte e i suoi pensieri. Le allucinazioni visive offrono variazioni analoghe. Il paziente può credere di vedere oggetti della sua «immaginazione» (casi del genere si sono verificati, ma non sono compresi in questo studio); diversamente, il paziente può credere che i fatti che «vede» siano assolutamente indipendenti dai suoi pensieri.

La serie di pazienti di cui ci stiamo occupando presentava una prevalenza di allucinazioni auditive. Dei 19 soggetti, 17 udivano voci, gli altri due credevano di poter ricevere messaggi per mezzo del pensiero, anche se non li percepivano con l'udito. In genere, rispetto alle esperienze visive nel corso della malattia le allucinazioni uditive si presentavano prima, duravano più a lungo e sembravano più reali. E' interessante notare che quando i due tipi d'allucinazione si presentavano contemporaneamente, in genere non si integravano affatto o se si integravano questo avveniva in modo molto relativo. Quando l'immagine allucinatoria parlava, non sembrava che le sue labbra si muovessero normalmente, ma tutto al più che la voce provenisse dalla direzione dell'immagine stessa. Anche se si presentavano contemporaneamente delle allucinazioni che investivano i cinque sensi,

non sembrava che ci fosse alcuna integrazione sensoriale genuina paragonabile a quelle della vita quotidiana. L'unica eccezione era l'integrazione visiva e tattile di un paziente che vedeva ragni camminargli sulle braccia.

E' stato possibile distinguere tre tipi di contenuto allucinatorio. Nella prima varietà, le allucinazioni erano in diretto rapporto con il materiale delirante oppure apparivano come avvenimenti misteriosi o soprannaturali, che sfuggivano ad una pronta interpretazione, ma portavano l'individuo ad un grave disturbo del contatto con la realtà. Allucinazioni di questo genere si presentarono durante le crisi acute del male, o nel periodo iniziale o negli episodi acuti in un decorso cronico. Si trattava di episodi brevi, distinti, che potevano durare secondi o minuti, e che venivano ricordati con grande nitidezza. Un secondo tipo di allucinazioni era simile al fenomeno dell'immaginario compagno di infanzia: per esempio, alcuni pazienti ricoverati da molto tempo potevano avere brevi visioni di familiari. Avvenimenti del genere erano rassicuranti, raramente confusi con la realtà e generalmente indipendenti dal materiale illusivo. La terza varietà di allucinazione è intermedia fra le altre due, e possiede elementi comuni all'una e all'altra. In questi casi i pazienti sembravano ritirarsi in un mondo illusivo, popolato da creature della loro immaginazione che, di quando in quando, asserivano di avere visto effettivamente. Gran parte di questo comportamento soddisfa il bisogno di compagnia del paziente, ma, se non proprio è dominato, è fortemente influenzato dal materiale illusivo.

Sono stati notati i seguenti rapporti fra l'allucinazione visiva e la realtà ambientale:

1) L'ambiente reale è intatto, ma una parte di esso subisce mutamenti o distorsioni (v. fig. 1).

2) L'ambiente reale rimane invariato, ma vi si aggiunge qualcosa. Per esempio, la figura di un angelo può apparire su una parete (v. fig. 2).

3) Si vedono soltanto oggetti creati dalle allucinazioni, e il resto della realtà circostante non viene visto, oppure è annullato.

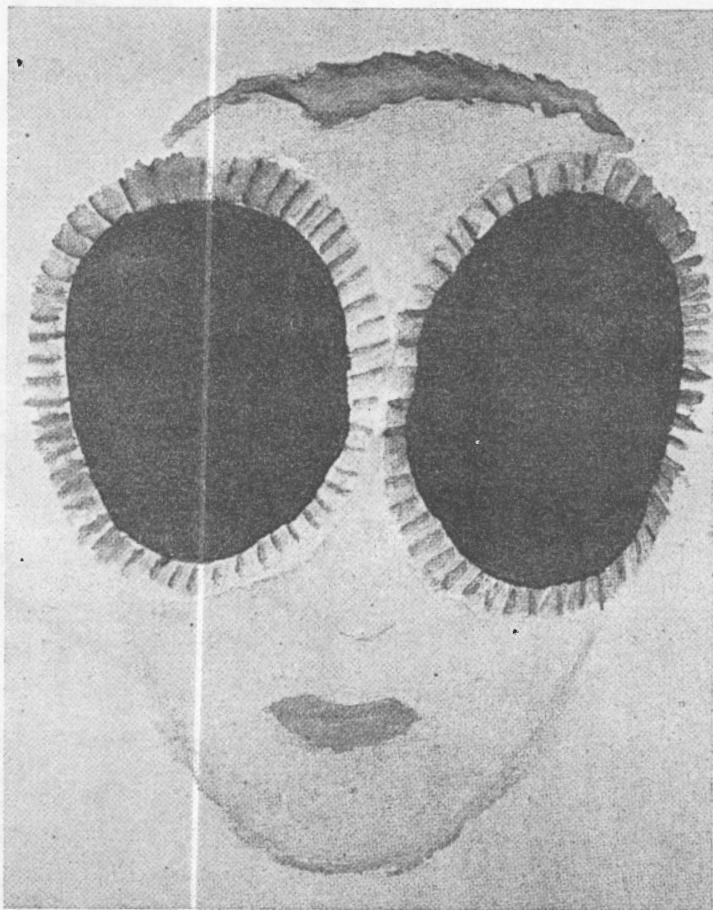


Fig. 1. — Questa figura è stata dipinta ad acquarello dalla paziente, e illustra il mutamento allucinatorio di un singolo aspetto dell'ambiente visivo. La paziente, una bianca di 38 anni, sposata, soffriva di schizofrenia da 5 anni. Ecco la sua spontanea descrizione dell'esperienza: « Gli occhi di mio marito sembravano grandissimi. Erano di un blu veramente scuro, blu notte, e come se fossero pieni di paura. Sembrava che avessero un diametro di 15 cm. e già coprivano quasi tutto il viso. Il tutto è durato 5, 10 secondi ». Tutte le domande intese a conoscere se altri mutamenti si erano verificati in quel momento nell'ambiente visivo non hanno dato alcun risultato.

Per esempio, un paziente vedeva in lontananza volti di uomini che sembravano deriderlo e beffeggiarlo; ogni altra cosa era « oscurata ».



Fig. 2. — Questa figura, dipinta dalla paziente descritta nella figura 1, illustra una allucinazione sovrapposta su un ambiente visivo intatto. Eccone la descrizione spontanea: « Stavo pregando alla finestra dell'ospedale, e guardavo giù nel cortile che era molto buio. Ma c'era una luce nel cortile. Ho visto la figura di un uomo e pensai che fosse il diavolo. Stava in piedi, perfettamente immobile. Avevo paura di muovermi. Il tutto è durato pochi minuti ».

Ciascuno di questi tre tipi può essere accompagnato da una errata *identificazione* delirante dell'ambiente in cui si inseriscono le vere e proprie allucinazioni.

DISCUSSIONE

Sulla base dei dati raccolti non è possibile concludere che la mescalina e l'LSD non producono mai allucinazioni simili a quelle prodotte dalla schizofrenia. Le allucinazioni più complesse ed organizzate (IV stadio di Klüver) provocate in alcuni soggetti da questi farmaci sono simili alle allucinazioni schizofreniche. Non-dimeno, i fenomeni visivi che si presentano durante l'azione del farmaco sono tanto differenti da quelli della schizofrenia, da suggerire l'idea che siano il risultato di meccanismi diversi. Un recente studio di Zucker (7) fornisce a questa asserzione un ulteriore sostegno fenomenologico. Egli somministrò solfato di mescalina a pazienti schizofrenici che già avevano avuto allucinazioni visive. In 8 casi su 9, i pazienti riferiscono che la reazione da mescalina è differente dalle allucinazioni prodottesi nel corso della loro malattia. Purtroppo le differenze non sono state descritte in modo specifico nè sistematico.

Concludendo, le differenze maggiori fra le allucinazioni visive riscontrate nei nostri pazienti e quelle che si presentano nelle sindromi da mescalina e LSD sono le seguenti:

1) Le allucinazioni visive della schizofrenia si presentano all'improvviso e senza prodromi; quelle da mescalina e da LSD sono preannunciate da sensazioni visive informali, semplici figure geometriche e alterazioni di colore, dimensione, forma, movimento e numero. Certe forme visive (costanti formali) quasi invariabilmente presenti nello sviluppo delle sindromi da farmaco sono quasi sempre assenti nelle allucinazioni schizofreniche.

2) Nella schizofrenia, le allucinazioni si presentano in un clima psichico di intenso bisogno affettivo o di preoccupazione delirante; questi due aspetti sono riferiti spontaneamente, oppure

possono risultare da un breve interrogatorio. Le allucinazioni da mescalina e da LSD sembrano svilupparsi indipendentemente da tali condizioni, oppure sono esse stesse a produrre le proprie alterazioni emotive. Un'altra possibilità è che farmaci posseggano azioni molteplici, alterando l'attività percettiva da una parte, e quella emotiva o cognitiva dall'altra, e che queste azioni possano essere relativamente indipendenti l'una dall'altra.

3) Le allucinazioni da schizofrenia possono sovrapporsi ad una realtà ambientale che per il resto rimane normale, o, più raramente, possono manifestarsi escludendo ogni altra esperienza percettiva dell'ambiente reale. I farmaci producono vaste distorsioni nella percezione visiva dell'ambiente. Si potrebbe avvicinare questa distinzione ai fenomeni dell'agnosia visiva, e considerare le allucinazioni il risultato di una combinazione di menomazioni centrali o periferiche. Se si accetta come prova fenomenologica di un disturbo periferico la distorsione di stimoli relativamente semplici, potremo concludere che la sindrome da mescalina e da LSD, al contrario della sindrome schizofrenica, è fortemente indirizzata in questo senso. Alcune prove sperimentali tenderebbero a sostenere questa asserzione. Evarts (5) ha trovato che l'LSD interferisce sulla trasmissione attraverso il corpo genicolato laterale nel gatto, e Carlson (6) ha dimostrato che, in individui normali, l'LSD aumenta la soglia visiva assoluta.

4) Le allucinazioni schizofreniche si vedono generalmente ad occhi aperti; quelle da mescalina e da LSD si vedono più facilmente ad occhi chiusi o in penombra.

A parte la differenza fra le sindromi allucinatorie visive delle psicosi prodotte da farmaci e quelle schizofreniche, possiamo ricavare dai nostri risultati alcune osservazioni generali. E' certo che verranno compiuti continui sforzi per trovare agenti psicomimetici in grado di provocare sindromi più vicine alla schizofrenia. Ma quali saranno i criteri da adottare nello stabilire il grado di somiglianza fra psicosi prodotte artificialmente e quelle spon-

tanee? Finchè si tratta di fenomeni percettivi, cioè allucinatori, il problema è relativamente semplice. L'entità delle variazioni di questi fenomeni (dimensione, forma, colore, movimento, adattabilità) permette di trovare un facile accordo, e si possono stabilire facilmente criteri specifici di analogia. Ma ci sono altre esperienze soggettive che si presentano nella schizofrenia, e non sono meno importanti delle percezioni false. Quali sono i limiti in cui possono variare l'ansia, la depersonalizzazione e i disturbi cognitivi? Non ci sono risposte sicure, ma trovarle è compito degli psichiatri e degli psicologi.

I pazienti schizofrenici che abbiano esperienza di effettive allucinazioni visive sono molto più rari dei pazienti che sono soggetti ad allucinazioni uditive. Un calcolo sommario della frequenza di allucinazioni visive riscontrate nei reparti di accettazione di un grande ospedale civile, basato sui nostri dati, ci dice che queste allucinazioni si presentano nel 3 o 4 per cento dei pazienti schizofrenici. Altri studi suggeriscono una percentuale (8) notevolmente più alta, ma non c'è alcun dubbio che le allucinazioni visive si presentano, nella schizofrenia, molto meno spesso delle allucinazioni uditive. Questo simposio ci fornisce l'occasione di discutere alcune ipotesi sulle cause della relativa rarità delle allucinazioni visive nella schizofrenia.

Si verificano varie possibilità:

1) Si può semplicemente formulare l'ipotesi che il sistema neurofisiologico che presiede alla memoria e alle immagini visive sia meno vulnerabile da parte del disturbo provocato dal processo schizofrenico e ne sia meno facilmente coinvolto, che non il sistema che presiede alla memoria e alle immagini verbali. Ma ciò è un riproporre il problema in altri termini, anche se può indicare il livello al quale va ricercata la soluzione.

2) Una seconda possibilità è che le stimolazioni dovute all'ambiente acustico siano più transitorie e più aleatorie di quelle del mondo visivo. Nel processo visivo sono comuni periodi relativamente lunghi di esposizione agli stessi stimoli; tali periodi

sono meno frequenti nel processo uditivo. Lo sfondo visivo è formato da stimoli strutturati, mentre lo sfondo uditivo è, in generale, meno strutturato. Quest'ultimo si può dunque considerare più ambiguo e quindi più suscettibile di errate interpretazioni o ricostruzioni nel senso di una necessità affettiva.

3) La terza possibilità è che l'informazione che deve essere comunicata, per ragioni connesse con il disturbo delirante si esprima più facilmente con parole che con figure. E' molto più semplice dire «sei cattivo» oppure «sei buono» che costruire un'immagine visiva capace di esprimere lo stesso concetto.

Il dottor S. Morgenbesser (9) ha suggerito l'idea che le allucinazioni schizofreniche rappresentino, in parte, un tentativo di ricerca di un sostegno alle opinioni deliranti attraverso dati sensoriali. Morgenbesser avanza l'ipotesi che lo schizofrenico si trovi di fronte ad una situazione dominata da un'idea delirante, per ragioni a noi sconosciute.

Incapace di liberarsi da questa idea, ma riconoscendo l'inesistenza di qualsiasi prova valida, il paziente si fabbrica per mezzo delle allucinazioni la prova che cerca. In questo senso le allucinazioni possono avere il significato di ripristinare il rapporto normale fra dati sensoriali e opinioni. Comunque questa spiegazione non può riguardare i fenomeni allucinatori che non sembrano collegati al materiale delirante, o quelli che sembrano presentarsi prima che insorgano i deliri.

I dati sensoriali uditivi, cioè il materiale verbale, possono essere più semplici e più efficaci dei dati figurativi come sostegno alle idee deliranti. E' degno di nota il fatto che la maggioranza delle allucinazioni visive incontrate in questo studio avessero un contenuto stereotipato, soprattutto religioso, che presentassero deduzioni ovvie e fossero di facile interpretazione.

4) Gli psicanalisti, seguendo Isakower (10), pensano che le allucinazioni uditive siano preminenti perchè rappresentano l'atteggiamento critico del super-io. Questa istituzione, il super-io,

si sviluppa attraverso l'incorporazione nella struttura psichica di valori normativi precedentemente espressi nelle proibizioni verbali o nei comandi dei genitori. Nelle allucinazioni, il super-io parla a mezzo di queste voci a un individuo assalito dall'irrompere nella coscienza di impulsi intollerabili.

Non è provato in nessun modo, comunque, che la censura espressa verbalmente sia più potente di una censura percepita visivamente, cioè nelle espressioni mimiche. Inoltre, Modell (11) ha obiettato alle ipotesi di Isakower che le voci allucinate spesso sono prodighe di aiuto e di assistenza in varie decisioni, e rappresentano quindi funzioni esecutive dell'io piuttosto che del super-io.

Un'altra spiegazione, compatibile con la teoria psicanalitica potrebbe essere la seguente: il trauma o l'avvenimento responsabile dello sviluppo di reazioni schizofreniche si presenta in un periodo critico dello sviluppo, e questo periodo coincide con l'organizzazione di quell'aspetto dell'io che è in relazione con la padronanza del funzionamento verbale o linguaggio. L'«io» è inteso nella sua speciale accezione psicoanalitica (12) e include i processi psichici che fanno da intermediari fra i bisogni interiori e la realtà esterna. A questo riguardo è particolarmente importante l'apparato percettivo. Il periodo critico, presumibilmente, cade fra il primo e il terzo anno di età. Questa ipotesi richiede come postulato che l'organizzazione delle funzioni visive dell'io sia perfettamente compiuta alla fine del primo anno. Questo fatto è plausibile, anche se resta solo una supposizione.

Queste considerazioni non pretendono di essere esaurienti. Hanno solo lo scopo di sollecitare qui delle discussioni sulla differente frequenza fra allucinazioni uditive e visive nella schizofrenia — differenza che è stata da molto tempo osservata ma della quale non possiamo ancora dare spiegazione —.

DISCUSSIONE

Uno psichiatra di New York:

E' stato detto che i pazienti ospedalizzati che sono stati meno esposti a stimoli visivi subiscono più raramente allucinazioni visive. Non ho compiuto la mia esperienza su pazienti di ospedali civili, ma ho una notevole esperienza dei casi marginali di pazienti di ambulatorio ed è più facile che questi abbiano deformazioni nelle esperienze visive che non nelle esperienze di altro genere. Dicono spesso che quando si trovano per la strada o in un negozio la gente li guarda con disprezzo o in modo strano. Ma è molto raro che dicano che la gente parla di loro o fa commenti su di loro. Soltanto i pazienti più gravi dicono di udire commenti del genere da parte di sconosciuti. Generalmente l'errore di interpretazione riguarda il campo visivo.

Uno psichiatra del Maryland:

Vorrei rivolgere una domanda al Dott. Malitz e al Dott. Feinberg. Le loro relazioni sono ottime, ma essi parlano delle allucinazioni come se queste fossero un fenomeno statico, specialmente rispetto al valore di adattamento dell'allucinazione. Credo che si possa dimostrare che negli schizofrenici ci sono tre stadi di allucinazione. Primo, all'inizio delle allucinazioni egli è terrorizzato, le voci lo ingannano, non sa spiegarle e non tenta di farlo. Secondo, tenta di identificarle, e cerca di spiegarle il loro significato con mezzi pseudo-scientifici. Terzo, accetta le allucinazioni uditive, spesso fino al punto di coinvolgere in esse tutta la sua persona, e, quando esse cessano, domanda loro se non lo desiderano più. Ritengo che si possa stabilire l'età della psicosi del paziente sulla base di questi stadi di reazione alle sue allucinazioni. Ma il Dott. Malitz e il Dott. Feinberg hanno osservato che la reazione del paziente alle sue allucinazioni muta a seconda della durata della sua psicosi?

Dr. Feinberg:

I due colleghi sono indubbiamente più documentati sul genere di pazienti che descrivono di quanto non lo sia io, cosicché ho molto poco da dire sui due punti da loro sollevati. La mia ipotesi era che l'ambiente visivo è meno ambiguo, mentre l'ambiente uditivo è più ambiguo. Ma non posso offrire alcuna spiegazione dell'apparente differenza di cui si è parlato fra i fenomeni uditivi e visivi nei casi marginali. Credo che questa osservazione sia molto importante.

Ritengo che le allucinazioni abbiano dietro di sè una loro storia che deve essere riportata alla vita del paziente. E' evidente che tale raffronto rappresenta un campo fertile per ulteriori investigazioni. L'intento del mio studio era soltanto quello di paragonare la fenomenologia delle allucinazioni visive da mescalina e da LSD con le allucinazioni visive della schizofrenia.

Dr. Malitz:

Sono d'accordo sul fatto che l'allucinazione di ogni paziente è soggetta a mutamento, entro un determinato periodo di tempo, sia in intensità che in qualità. A volte le allucinazioni scompaiono del tutto quando il paziente non ne ha più bisogno come mezzo utile per il suo processo di miglioramento. In circostanze del genere, esse cessano spontaneamente. Uno dei criteri usati per la scelta dei pazienti da sottoporre alla lobotomia era quello di vedere se reagivano, o meno, alle allucinazioni. Credo che sia stato Freeman il primo a proporre che la prognosi, nel trattamento psichirurgico fosse migliore nei pazienti che ancora reagivano alle loro allucinazioni e se ne dimostravano preoccupati, che non nei pazienti che avevano allucinazioni di natura stereotipata, e che non reagivano ad esse, nè le ammettevano se non attraverso un incalzante interrogatorio o un rapporto molto stretto con il medico. Quest'ultimo tipo di paziente aveva una prognosi più riservata, non solo dal punto di vista chirurgico, ma anche, più generalmente, per il decorso del male.

QUESTIONARIO PER LE ALLUCINAZIONI

Nome Reparto

Età Sesso

Anni di studio Q.I.

Durata del ricovero.....

Descrizione spontanea

Data degli interrogatori in relazione alle esperienze visive

Presenza di esperienze uditive o di altre esperienze.....

Precedenti a concomitanti a posteriori a esperienze visive.

Forme deliranti, presenza di
 Precedenti a concomitanti con posteriori a esperienze
 visive.

Rapporto fra esperienze visive e uditive altre espe-
 rienze forme deliranti

Descrizione

Quanto duravano queste visioni?

Comparivano in un'ora particolare del giorno
 o della notte?

Aveva gli occhi aperti o chiusi?

Cosa le provocava?

Le trovava piacevoli terrorizzanti diver-
 tenti?

Cosa faceva quando si presentavano?

Credeva che fossero reali?

Le esperienze visive erano in bianco e nero o a colori?

Se erano a colori, quale o quali colori vedeva?

C'era qualcosa di strano in questi colori (o colore)?

C'era qualcosa d'insolito nella luminosità nella ric-
 chezza nella composizione dei colori (o del colore)?

Ha mai visto oggetti che sembravano risplendere?

Ha mai visto qualcosa come un reticolato una ragnatela
 tunnel viali vasi o spirali?

Se sì, quando?

C'erano mutamenti nelle dimensioni degli oggetti visti?

La dimensione degli oggetti era differente da quella normale?

C'erano modificazioni nella forma degli oggetti che vedeva?

C'erano modificazioni nel numero degli oggetti che vedeva?

- Gli oggetti apparivano bidimensionali?
- Gli oggetti apparivano tridimensionali?
- Qualche particolare di quanto ha visto si è presentato più di una volta?
- Se sì, quale particolare?
- Le sue esperienze erano come un sogno? In che modo erano simili al sogno?
- In che senso erano differenti dal sogno?
- Trova che queste esperienze visive siano più facili o più difficili da descrivere di un sogno?
- C'era qualcosa d'insolito nel movimento di quello che vedeva?.....
- Se sì, cosa?
- Quanto ha visto le lasciava un senso di incompiuto?
- C'era una qualche connessione fra i suoni che udiva e le cose che vedeva?
- Se sì, quale?

BIBLIOGRAFIA

1. Anonymous: An autobiography of a schizophrenic experience. *J. Abnorm. & Soc. Psychol.* 51:677-689, 1955.
2. Klüver, H.: Mescal; The 'Divine' Plant and Its Psychological Effects. London, K. Paul, Trench, Trubner & Co., Ltd., 1928.
3. Klüver, H.: Mechanisms of hallucinations. In *Studies in Personality*. New York, McGraw-Hill, 1942, chap. X, pp. 175-207.
4. Wikler, A.: The Relation of Psychiatry to Pharmacology. Baltimore, Williams and Wilkins, 1957, pp. 80, 83-84.
5. Evarts, E. V.: Neurophysiological correlates of pharmacologically-induced behavioral disturbances. In *Res. Publ. A. Nerv. & Ment. Dis.* 36:347-380, 1958.
6. Carlson, V. R.: Effect of lysergic acid diethylamide (LSD-25) on the absolute visual threshold. *J. Comp. & Physiol. Psychol.* 51:528-531, 1958.
7. Zucker, K.: Versuche mit Mescaline an Halluzinanten. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 127:108-161, 1930.

8. Bowman, K. M., and Raymond, A. F.: A statistical study of hallucinations in the manic-depressive psychoses. *Am. J. Psychiat.* 88:299-309, 1931.
9. Morgenbesser, S.: Personal communication.
10. Isakower, O.: On the exceptional position of the auditory sphere. *Internat. J. Psycho-Analysis.* 20:340-348, 1939.
11. Modell, A.: Hallucinatory experiences in schizophrenia. *J. Am. Psychoan. A.* 6:442-480, 1958.
12. English, H. B., and English, A. D.: *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms.* New York, London and Toronto, Longmans, Green & Co., 1958, p. 171.