

NOTE E RIVISTE DI PSICHIATRIA

PERIODICO TRIMESTRALE
DI CLINICA E DI BIOLOGIA DEL SISTEMA NERVOSO
FONDATA DA ANTONIO D'ORMEA

(Continuazione del "Diario del S. Benedetto in Pesaro" fondato nel 1872 da Cesare Lombroso)

Direttore
GIORGIO PADOVANI

Redattore capo
E. ZERBINI

Segretario di redazione
B. RIBOLI

Collaboratori: D. DELL'AMORE (Roma) - F. DONINI (Trieste) -
G. FATTOVICH (Venezia) - C. FERRIO (Torino) - E. MANCINI (Ancona)

Direzione, Redazione, Amministrazione: OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE - PESARO



NOT. E RIV. PSICH.

ARTI GRAFICHE FEDERICI
PESARO - 1958

**Aspetti psicopatologici e rilievi clinici
nello studio farmacopsichiatrico delle sindromi ossessive e fobiche.**

(Ricerche con i derivati dell'acido lisergico L.S.D. 25 e L.A.E. 32)

F. GIBERTI - L. GREGORETTI - S. SORIANI

Il gruppo delle sindromi o nevrosi ossessivo-fobiche non ha sino ad oggi trovato, da un punto di vista psicopatologico, nosografico ed etiopatogenetico, una sistemazione che appaia concordemente ed unanimemente accettata, come risulta evidente dall'esame dei più autorevoli e recenti trattati. (Bumke; Bleuler; Henderson e Gillespie; Brun; Mayer-Gross e Coll.; Massermann; Noyes e Kolb; Lopez-Ibor; Vallejo-Nagera; Favez-Boutonier e Lanter; Bini e Bazzi; Disertori; Rubino).

L'argomento, oggetto di numerosi contributi nel corso di questi ultimi anni (Terhune, Lewis, Visintini e Macchi, Gastaldi, Belloni, Buscaino e Balbi, Basaglia, Petrilowitsch — per citare i più significativi) offre tutt'ora elementi di discussione in molti suoi diversi aspetti (quali ad esempio quelli riguardanti il problema delle definizioni tassonomiche, i rapporti tra personalità insicura e nevrosi ossessiva, i limiti fra struttura fobica e anancastica, le forme di transizione o miste).

Come è noto, il concetto stesso di "psicastenia" di Janet, ha perso sempre più la sua fisionomia e la sua realtà nosografica, sia dal punto di vista dottrinario, che nei riguardi del suo aspetto clinico.

« La sua primitiva unità » — come dice Gastaldi — « si è rivelata in realtà una costruzione eterogenea »; ancor più drastico appare Vallejo-Nagera, nell'affermare che attualmente la psicastenia è spoglia

di qualsiasi importanza nosologica, mentre non può essere conservata la sua indipendenza: in essa già E. Bleuler identificava forme di schizofrenia più o meno larvate e Vallejo Nagera recentemente affermava che in seno alla psicastenia sono stati compresi molti casi, ad esempio, di neurosi d'ansia. Inoltre l'aspecificità della ossessione-coazione è evidenziata dai notevoli contributi (Pucca; Cardona; Gastaldi; Lo Cascio) nello studio dei rapporti fra la psicastenia e la schizofrenia.

Infine la discussione sul valore e sul significato dei rapporti fra ansia, ossessione e fobia, aperta praticamente da Binder, pur avendo portato tangibili e significativi risultati, quali quelli di Belloni e della sua Scuola (Rigotti, Basaglia: vedasi la distinzione fra psiconevrosi e psicosi ossessiva, la questione dell'isterismo d'angoscia, ecc.) non può considerarsi ancora certamente conclusa (Gastaldi).

La stessa distinzione fra fobie ed ossessioni offre tutt'ora non pochi punti discussi e discutibili sul piano clinico, psicopatogenetico e nosologico (V. in Bini e Bazzi, Petrilowitsch) anche se essa sul piano psicopatologico e semeiotico appare sufficientemente documentata e valida (Kahn, Henderson e Gillespie, Pucca, Petrilowitsch, etc), tale comunque da poter comportare l'ammissione dell'esistenza di una serie di quadri clinici intermedi a due situazioni estreme: l'una fobica pura, dominata dall'astenia e dall'ansia e l'altra ossessiva pura, caratterizzata dall'anancasmo e dai meccanismi ripetitivi.

Tuttavia ci sembra che taluni aspetti del problema abbiano ricevuto o possano ricevere contributi non indifferenti e di particolare utilità (specie nello studio della personalità "profonda" degli ossessivi-fobici; nella documentazione dei loro diversi "substrati" temperamentali, etc.) dalla valutazione delle risposte psicofarmacologiche di tali soggetti a sostanze psicoattive.

Uno studio sistematico in tal senso non è mai stato condotto, tuttavia le conoscenze farmaco-psichiatriche a tal proposito, anche se non molto numerose, possono essere riassunte come segue:

Prescindendo dai primi tentativi di Meunier (1909) con l'aschisch in psicastenici e di Dupuy (1913) con l'etere solforico, ambedue con finalità terapeutiche, i maggiori contributi riguardano i barbiturici ad azione rapida, le anfetamine e in parte la L.S.D. 25.

L'impiego del narcoesame barbiturico « spesso pone in evidenza elementi di tipo fondamentale neurastenico associati ad una scarsa produttività di analisi oppure manifestazioni di tipo più schiettamente isterico,

in qualche caso elementi di tipo psicotico » (Gomirato e Gamna): in genere sono le forme a più netta componente ansiosa e di data recente che appaiono più produttive e sensibili a tale tecnica (Davini; Ottonello e Rossini); Rigotti afferma che il « sottogruppo della psiconevrosi ossessiva » fornisce al narcoesame il maggior numero di rivelazioni di « gravi conflitti sessuali », mentre Gastaldi a proposito dell'applicazione del narcotest e dello schock anfetaminico (per lo più con la tecnica subentrante) in forme psicasteniche al limite con la schizofrenia, segnala effetti particolarmente favorevoli nei riguardi della rivelazione di segni psicotici. Gastaldi segnala ancora l'importanza del narcotest nell'evidenziazione di chiare situazioni conflittuali, e nello studio della struttura psicopatologica dello stato foboossessivo, puntualizzando in particolare l'importanza che tale tecnica, unitamente ai « tests » psicodiagnostici, assume nella conoscenza al di là dei dati clinici delle sindromi ossessivo-fobiche di tipo misto, complesso o marginale.

In conclusione appare evidente che la diversità degli effetti del narcoesame barbiturico nei malati del gruppo ossessivo-fobico dipende dalla differente struttura psicopatologica e complessuale dei pazienti indagati.

Lo schock anfetaminico applicato da vari AA. (Stracker, Beaudoïn, Gastaldi, Bertagna, Giberti e Bonamini, Giberti e Boeri, Giberti e Gregoretti, etc.) produce effetti farmacologici e reazioni secondarie diverse e contrastanti dall'accentuazione dei sintomi alla loro scomparsa, dalla « catarsi » alla disinibizione, etc.) a seconda del tipo di disturbo prevalente (fobia, ansia ed ossessione) l'anfetamina per via endovenosa attenua o fa scomparire temporaneamente l'ansia e le fobie allorchè tali sintomi insorgano su un « radicale » astenico, mentre l'effetto è assai meno rilevante e talora negativo nei pazienti in cui prevalgono radicali anancastici. (Giberti; Giberti e Boeri; Giberti e Gregoretti).

Per quanto riguarda l'applicazione dei derivati dell'acido lisergico, manca una sistematica e approfondita valutazione analitica ai fini dello studio psicopatologico degli ossessivo fobici; possiamo comunque riassumere in due punti i risultati osservati:

a) da un punto di vista diagnostico e di studio psicofarmacologico, sono stati osservati, oltre agli usuali e ben noti sintomi dell'intossicazione lisergica, accentuazioni della tensione ansiosa, specialmente nell' "obsessional group" (Anderson e Rawnsley); con frequente eccitamento sessuale "in the anankastic category" (Anderson e Rawnsley), ritorno di ricordi repressi e di abbondante materiale psicodinamico (Sandison e coll.; Giberti, Gregoretti e Boeri), chiarimento dei

meccanismi e della struttura psicopatologica delle ossessioni e delle fobie (Giberti e Boeri; Giberti e Gregoretti).

b) da un punto di vista terapeutico, sono soprattutto i soggetti con forte tensione ossessiva e con prevalenti componenti ansioso-fobiche che maggiormente risentono i benefici del trattamento lisergico (Sandison e coll; Sandison; Giberti e Boeri).

SCOPO DELLA RICERCA

Ci sembra pertanto che una descrizione analitico-critica delle manifestazioni più caratteristiche, ottenute con due sostanze psicomimetiche fra le più importanti e significative (la L.S.D.25 e la L.A.E. 32) in pazienti affetti da sindromi ossessivo-fobiche, possa permettere di documentare aspetti psicopatologici e rilievi clinici di particolare utilità, ai fini di un approfondimento psico-diagnostico di tali forme morbose.

In particolare la valutazione delle differenti modalità di risposta individuale alla azione psicotossica può — a parer nostro — essere utilizzata:

1) nella discriminazione e nella delimitazione di ciò che psicopatologicamente più caratterizza e distingue la sindrome o i sintomi fobici da quelli ossessivi;

2) nello studio del "significato" della ossessione e rispettivamente della fobia in funzione delle disposizioni, dei meccanismi e degli atteggiamenti psicologici dei soggetti in esame;

3) nella valutazione dei rapporti fra insicurezza vitale, anancasmo (personalità anancastica) e fobia (personalità o reazione fobico-ansiosa).

METODO E CASISTICA

15 pazienti (4 uomini e 11 donne; in età compresa fra i 18 e i 57 a.) sono stati sottoposti alla L.S.D.25 (100 gamma per os) e di questi 8 alla L.A.E. 32 (500 gamma per via intramuscolare), dopo essere stati accuratamente indagati dal punto di vista interni-

stico-neurologico, psichiatrico e con gli usuali esami di laboratorio (sangue, urine, EEG).

A ciascun paziente, al fine di un più sicuro controllo dei risultati, è stata somministrata la L.S.D.25 più volte (da un minimo di 2 a un massimo di 8 volte) ad intervalli di una settimana circa fra l'una somministrazione e l'altra; due sono state le somministrazioni individuali di L.A.E.32.

I principi e la tecnica del trattamento psicofarmacologico sono quelli già segnalati in precedenti contributi.

Le diagnosi cliniche erano le seguenti:

| | | |
|---------------------------------|----------|----------------------|
| — psiconevrosi fobico-ansiosa | - 8 casi | (gruppo "fobico") |
| — psiconevrosi ossessivo-fobica | - 3 casi | } gruppo "ossessivo" |
| — psiconevrosi ossessiva | - 2 casi | |
| — personalità anancastica | - 2 casi | |

Le definizioni diagnostiche indicano la prevalenza nel quadro clinico complessivo, dei rispettivi sintomi (fobia-ansia-ossessione). Il termine ossessione o ossessivo è inteso nel senso di Bini e Bazzì, cioè come corrispondente ad una coazione primaria in cui l'aspetto perseveratorio-impulsivo rappresenta l'elemento psicopatologico essenziale e determinante.

RISULTATI

I nostri risultati sono desunti dall'analisi dei protocolli di 60 esperienze lisergiche, ciascuna delle quali comporta, come è noto (Giberti, Gregoretti e Boeri) per lo meno sei-sette ore di osservazione pressochè continua del singolo paziente.

Non sarà qui esposto in esteso o minutamente il lungo elenco dei sintomi e dei fenomeni osservati, ma delle caratteristiche essenziali e fondamentali delle esperienze lisergiche, riassunte in tabella (V. tabella 1) verranno descritte e discusse le più significative ed interessanti ai fini della nostra ricerca.

Per la definizione e la comprensione dei termini descrittivi impiegati, rimandiamo ai nostri precedenti contributi.

A) *Descrizione analitica degli effetti.*

In generale l'esperienza lisergica si è dimostrata nei soggetti fobico-ossessivi, specie in quelli a maggior componente ansiosa, particolarmente violenta e penosa.

1) *Nell'ambito dei fenomeni soggettivi*, sono stati particolarmente intensi ed accentuati quelli generali (malessere generale, astenia, senso di stordimento, profonda sofferenza ceuestesica diffusa, etc.) rispetto a quelli locali.

I primi sono prevalsi sia numericamente (in tutti i soggetti) che come intensità, solo 3 soggetti hanno lamentato fenomeni soggettivi, di solito spiacevoli (peso, stiramento, bruciore, etc.) agli organi genitali. Ridotte e limitate, comunque meglio tollerate, le manifestazioni soggettive generali nei soggetti a prevalente struttura anancastica.

2) *I fenomeni psicosensoriali* sono stati pure essi frequenti (con un certo rilievo in 11 soggetti), sia come disturbi percettivi, che come allucinazioni elementari. Le rappresentazioni allucinosiche complesse sono state notate soltanto in 4 pazienti e non hanno mai costituito un aspetto preponderante ed altamente qualificativo nell'insieme dell'esperienza.

Le alterazioni psicosensoriali sono apparse assai minori nei pazienti con prevalenti meccanismi ossessivi, rispetto a quelli con ansia e fobie predominanti.

3) *Lo stato di coscienza*: prescindendo da sottili ed approfondite analisi sulle modificazioni che di momento in momento sono state osservate durante l'azione della L.S.D. nei nostri pazienti, rileveremo solo un punto (a parer nostro) di una certa importanza e cioè il differente comportamento dei pazienti per quanto riguarda l'insieme dei fenomeni di coscienza:

a) I pazienti con ricca affettività e con intensa emotività (e cioè particolarmente i fobico-ansiosi) hanno manifestato più evidenti alterazioni dello stato di coscienza.

Momenti di "confusione", di attonito o sconvolgente disorientamento, di scarsa "presenza" attiva alla realtà ambientale o di intenso "sprofondamento" nell'esperienza lisergica hanno caratterizzato la ridotta efficienza e la compromissione dello stato di consapevolezza e di vigilanza in tale tipo di pazienti, talora quasi "travolti" dall'azione psicotossica.

b) Invece i soggetti in cui dominavano i meccanismi perseverativi hanno dimostrato un minor interessamento della lucidità e della estensione dei propri stati di coscienza: anzi si è spesso verificata una sorta di accentuazione nell'autoanalisi, una specie di accresciuta e approfondita vigilanza introspettiva, alternata a momenti di rilasciamento e di attenuazione nella chiarezza dei contenuti di coscienza e nella tensione attentiva cosciente: quasi mai si è verificato in questo tipo di pazienti una "invasione" emotiva della coscienza, come è stato osservato nei fobici.

4) *Rievocazione mnemoniche.* Tale evento, ampiamente descritto e chiarito in contributi di altri AA. e nostri si è presentato intenso e significativo in 8 casi. Esso è stato particolarmente drammatico, con cospicua reviviscenza di temi conflittuali ed attualizzazioni traumatizzanti nei soggetti con forte ansia psicogena, assumendo un valore altamente catartico e liberatore. La « stagnazione complessuale » (C a r g n e l l o) viene vissuta in tali soggetti in maniera assai penosa e combattuta: il riflusso degli avvenimenti passati non è mai disgiunto da una dolorosa e spesso sconvolgente lotta morale e da un intenso e sofferto travaglio.

E' caratteristico il sovrapporsi e l'accavallarsi dei sentimenti fondati su temi di colpevolezza, di rimorso, di colpa, di nostalgia e di rammarico.

Il mondo delle colpe infantili, degli errori dell'adolescenza viene penosamente vissuto con una partecipazione spiccatamente espiatoria: il rimprovero e il rimpianto si alternano all'accorata commiserazione e alla invocazione di una totale purificazione (V. in proposito il caso « Maria » già pubblicato da G i b e r t i e B o e r i).

In effetti la « stagnazione » del fobico-ansioso finisce per rivestire un significato eminentemente etico e moralizzatore e viene più spesso svolta sotto forma di stato d'animo e di contenuto affettivo nei quali le condensazioni di immagini mnemoniche e di rappresentazioni allucinatorie sembrano servire solo come spunti o motivi iniziali per l'elaborazione della tematica conflittuale.

Povero (o assente) e per lo più elementare e frammentario il riaffiorare dei ricordi dei pazienti puramente « ossessivi ».

5) *Modificazioni della sintomatologia ossessivo-fobica.* Il dato di maggior rilievo è costituito dalla costante e spesso imponente

accentuazione nell'ansia, in tutti i casi ove questa era clinicamente rilevabile (11 casi).

Le manifestazioni ansiose, che presentano spesso caratteristiche diverse da caso a caso, erano riconducibili a due sostanziali meccanismi psicofarmacologici: ad una diretta stimolazione di spontanei atteggiamenti ansiosi e di angoscia attuale in pochi casi e, in misura minore, ad una reazione affettivo-emozionale ai penosi Erlebnisse ed alla spiacevole sintomatologia subbiettiva prodotta dalla L.S.D. nella maggioranza degli altri casi. In altre parole, la risposta spiccatamente ansiosa — come già constatammo altrove — (Giberti e Boeri) « condizionata dalla disposizione astenica di fondo », ci è sembrata rappresentare « un segnale d'allarme e di pericolo e nello stesso tempo una risposta difensiva di fronte ad un innato difetto affettivo-emozionale, inteso come nucleo o radicale astenico » evidenziato, sia dalla accentuazione lisergica di tale disposizione, sia dai motivi stessi del conflitto psicogeno.

Scarsi e comunque non importanti i momenti euforici ed il riso immotivato. L'astenia ed i segni cenestopatici, allorchè presenti, si sono assai accentuati ma in misura diversa da caso a caso (v. più avanti capov. B).

I temi fobici sono stati assai spesso vissuti in maniera esasperata e paradossale, ma tale accentuazione si è accompagnata ora ad una disorganizzazione e ad una caotica frammentazione delle rappresentazioni fobiche, ora ad una atmosfera di timor panico e attesa assillante e spasmodica, ora ad un atteggiamento di interpretazione del loro valore e significato psicogenetico.

In altri pazienti durante l'azione del farmaco, i contenuti fobici sono impalliditi e temporaneamente attenuati.

Per quanto si riferisce ai meccanismi ossessivi, e cioè all'anancasmo puro, gli effetti della L.S.D. non sono stati sempre costanti, soprattutto nell'evolversi di ciascuna esperienza lisergica: in alcuni momenti essa ha determinato una grottesca e straordinaria accentuazione della coazione primaria alla ripetizione, ma per lo più essa sembra produrre uno scompaginamento ed una impossibilità ad elaborare i meccanismi anancastici, una sorta di momentanea

stasi e impedimento nell'atteggiamento iterativo. Tale effetto appare in rapporto ad una inibizione psicotossica con rallentamento nel fluire dell'attività psichica ed affievolimento della incisività delle funzioni coscienti: "l'impedimento" viene spesso vissuto dall'ossessivo con notevole disappunto ed irritazione, ponendo così chiaramente in risalto il valore "prospettivo", essenziale per il paziente del meccanismo ossessivo, quasi esso rappresenti una soluzione anticipata e sempre disponibile o un mezzo che permetta di prospettare una evoluzione futura della realtà "assolutamente" rassicurante. (V. in proposito il caso già da noi pubblicato in *Sistema Nervoso*, 275, 4, 1957).

6) Ma l'aspetto, o meglio il fatto che più ci ha colpito nel corso delle esperienze lisergiche e che risulta anche da quanto è stato più sopra riferito, è quello che noi provvisoriamente definiamo come *emergenza etica*.

Nella complessa situazione psicotossica gli avvenimenti del passato, la situazione attuale, i rapporti con l'esaminatore, le esperienze psicosensoriali, gli atteggiamenti affettivi sono apparsi condizionati da una intensa atmosfera etica: ognuno di questi aspetti, ma soprattutto quelli riferentisi a situazioni o eventi conturbanti o di una certa importanza per l'individuo, tendono ad essere vissuti su un piano prevalentemente morale. Nel fenomeno della "emergenza etica" (ci riferiamo qui ai soggetti fobico-ansiosi) si realizza una sorta di "stagnazione conflittuale" di cui l'elemento più interiormente vissuto è rappresentato dalla constatazione, più o meno nettamente avvertita, di una mancata realizzazione etica: essa assume inoltre nella "temporalità" del fobico un significato eminentemente "retrospettivo", in quanto riferentesi specialmente al passato.

E' appunto in questi pazienti che gli effetti "catartici" (Gi-berti, Gregoretti e Boeri) del farmaco si fanno maggiormente valere nel processo di chiarificazione psicoterapica.

Come tipico esempio di una serie di esperienze lisergiche ricca di emergenze etiche menzioneremo, oltre al caso già pubblicato da uno di noi (in collaborazione con Boeri) quello di un giovane di 18 anni (V.J.) in cui la stimolazione erotica prodotta dalla L.S.D. viene vissuta con vivissimo rammarico e penoso disappunto, perchè il p. constata che gli aspetti

più peccaminosi e detestabili delle proprie tendenze istintive vengono sollecitati proprio mentre egli — nel particolare stato psicotossico — è incapace di lottare ulteriormente ed è portato a "lasciarsi andare".

La situazione complessuale del p., improntata ad una atmosfera di consapevolezza morbosa nei riguardi delle pratiche onanistiche, viene così ad essere attualizzata dallo stato psicotossico che sembra porre dinanzi al paziente in maniera tangibile i limiti e le manchevolezze della propria personalità.

In questo p., sempre combattuto fra colpa, timore e desiderio, si chiarisce appieno, mediante la simultanea accentuazione dello stimolo genitale da una parte e dall'altra la dimostrata precarietà di una efficace lotta nei confronti di questo, la struttura della sua personalità insicura ed inadeguata di fronte alla "enormità" di taluni problemi: in tali condizioni il p. avverte intensamente l'insufficienza dei proprii meccanismi di risoluzione morale e la problematicità tipicamente etica della propria situazione.

Nei pazienti invece a predominante struttura anancastica, la esperienza lisergica può dar luogo ad un singolare atteggiamento nei confronti dei proprii problemi e del proprio mondo etico: l'ossessivo avverte l'effetto psicotossico come un'intrusione sconcertante ed inutile, come un fenomeno di interferenza che lo irrita impedendogli di svolgere le proprie fondamentali coazioni normative (V. ancora in proposito il caso da noi pubblicato in "Sist. Nervoso", 4, 275, 1957).

Tale particolare atteggiamento psicologico di *resistenza etica* definisce a sufficienza l'impegno morale dell'anancastico nella difesa della sua primaria esigenza di perfettibilità: l'anancastico sente negli effetti disgregatori della L.S.D. una diretta minaccia alle più caratteristiche ed essenziali modalità di esprimersi: al paziente viene tolta la possibilità di ricercare quella perfezione e quell'ordine che costituiscono la ragione fondamentale della sua esistenza sul piano etico e logico. Le tendenze coatte primarie vengono impedito e frustrate sin dal loro insorgere, nè al paziente è più concessa la possibilità di "premunirsi" e di difendersi mediante i meccanismi coatti secondari, continuamente rinnovantisi.

L'esperienza lisergica viene così a sconvolgere un mondo estremamente bisognoso di ordine morale e di rigida e rassicurante determinazione e finisce quindi per essere respinta e nel suo significato e nelle sue finalità.

Il fenomeno dell'emergenza etica viene vissuto pertanto dall'anancastico come fatto attuale e concreto, come ostacolo ai proprii atteggiamenti "prospettivi", obbiettivato in un impedimento alla propria realizzazione etica; esso appare quindi in questo tipo di paziente assai elementare e schematico, privo di quella conflittualità complessuale, "retrospettiva" ecnesica e dinamica, che abbiamo invece riscontrato nei pazienti fobico-ansiosi.

L'atmosfera in cui si svolgono le sopradette esperienze si dimostra quindi assai diversa nei due tipi di pazienti: nell'anancastico essa appare monotona, e neutra, quasi impersonale, spesso frammentata e limitata a fatti singoli ed essenziali, lo "spazio" psicologico è quanto mai circoscritto e ripetentesi uniformemente la tematica conflittuale, esiguo l'ambito dei "vissuti" affettivi; nel fobico invece prevalgono la ricchezza di sfumature e caratteristiche individuali, la profondità ed intensità dei moti affettivi integrati nell'ambito di una personalità combattuta e controversa e di una "spazialità" continuamente in evoluzione ed in espansione.

Tale in sostanza ci sembrano gli aspetti differenziali con cui si configura in termini etici l'esperienza lisergica nei due tipi di pazienti.

Ovviamente tali aspetti sono stati esemplificati nella loro espressione paradigmatica e più significativa: essi non hanno la pretesa di essere gli unici elementi distintivi degni di rilievo, nè è possibile quantificare in essi numericamente l'entità e la frequenza delle situazioni "etiche" mobilitate dall'esperienza lisergica. Diremo solo che tali situazioni hanno oscillato (nei pazienti da noi osservati) entro i due aspetti sopradescritti, che rappresentano rispettivamente gli estremi di modalità farmaco-reattive variabili in rapporto alle componenti fobiche o ossessive.

7) L'esplorazione della *sessualità* ha pure fornito dati interessanti: anzitutto ci ha permesso di vedere come i problemi di ordine sessuale durante lo stato psicotossico vengano vissuti in maniera assai diversa rispetto a quanto è stato osservato negli isterici in precedenti nostre ricerche (Giberti e Gregoretti).

Negli otto pazienti che presentavano problemi di tale tipo (ses-

sualità repressa ed insoddisfatta, masturbazione esuberante, situazioni coniugali frustranti in campo erotico, conflitti affettivi nella "scelta" amorosa, tendenze omosessuali, etc.) non si è mai verificata quella attualizzazione "fantastica" delle istanze erotiche, vera e propria "fuga" nel mondo dei desideri non realizzati, quale abbiamo potuto osservare negli isterici.

I "vissuti" erotici (di tipo allucinosico-oniroide) si sono manifestati in soli tre pazienti, assumendo una intensità inferiore ed un significato ed un ruolo del tutto differenti da quelli notati negli isterici.

L'esperienza erotica evidenziatasi durante l'azione lisergica, anche se culminante in rappresentazioni e sensazioni più o meno voluttuose e in un intenso stato di eccitamento sessuale, non ha mai raggiunto una totale partecipazione affettiva, ma si è rivelata una manifestazione intensamente traumatizzante e combattuta sul piano morale, che avveniva "malgrado" o "nonostante" le intenzioni coscienti del paziente e suscitava successivamente o simultaneamente cospicui sentimenti di colpa o di rimorso, come nel caso seguente:

M. Giovanna - nubile - di a. 35 - Sindrome fobico-ossessiva.

« Dottore, lei non sa... ho fatto degli atti brutti... mi dica non posso essere rimasta incinta? Ho paura del peccato... Mi vengono sempre in mente quelle cose... ».

In una successiva esperienza lisergica: « Mi sembrava di fare un viaggio, c'era un bel giovane... godevo, ma non si deve, è peccato. Come devo fare... io non voglio ma quelle idee e quelle sensazioni mi tornano. Sarebbe bello ma non si deve: avrò fatto peccato? Non mi sono lasciata toccare anche se era il mio fidanzato — come in un sogno vero — e sentivo il desiderio di godere, ma non ho voluto e ho fatto bene.

Cercavo di scacciarle quelle idee, mi davano fastidio ».

Terza esperienza con L.S.D.: « Godo e soffro, non so se posso... ho uno struggimento addosso (piange): ...sento un desiderio e sto male... non ne posso più... come vorrei... ma è male » etc. etc.

In una sola paziente, ossessiva e omosessuale, l'esperienza erotica fu accettata totalmente, in quanto di tipo eterosessuale; essa assunse il significato assai tranquillante per la paziente, di una dimostrazione di una sua possibile "normalità" in tale sfera istintiva.

Infine nei pazienti in cui fu evidenziata durante lo stato psicotossico una conflittualità a fondo erotico-sessuale, erano prevalenti le componenti fobico-ansiose.

8) Per quanto riguarda gli effetti della L.A.E. 32 facciamo rilevare come i risultati siano stati complessivamente meno interessanti: da un punto di vista descrittivo, l'esperienza con L.A.E. fu soggettivamente vissuta per lo più come assai spiacevole.

L'astenia e l'adinamia intense, il profondo malessere vegetativo hanno limitato e coartato le individuali possibilità di espressione psicofarmacologica: rari i fenomeni psicosensoriali (un solo caso con rilevante produzione allucinosico-oniroide); solo due pazienti su otto presentarono cospicue e specifiche rievocazioni mnemoniche; le modificazioni dello stato di coscienza furono più intense e tumultuose se confrontate con quelle prodotte da L.S.D., ma non raggiunsero mai un grado confusionale.

L'ansia e l'astenia furono le manifestazioni psicopatologiche più intensamente stimolate nei soggetti fobici, mentre nei soggetti anancastici fu riscontrata una sorta di "inerzia" ideatoria, di "stasi" dei meccanismi ossessivi, vissuta in maniera negativa e penosa. Emergenze etiche furono osservate soltanto in due pazienti fobici, nei quali l'atmosfera di disadattamento e di lotta sul piano morale permò gran parte dell'esperienza psicotossica.

In genere gli aspetti "somatici" e vegetativi furono prevalenti nell'insieme degli stati psicotossici prodotti da L.A.E. 32.

Le entità delle risposte alla L.A.E. 32 non apparvero grandemente modificato da precedenti esperienze con L.S.D.; solo la significatività e la ricchezza di espressioni di contenuti repressi e di dinamismi complessuali apparvero minori se il paziente era stato indagato profondamente in precedenza.

B) Rilievi diagnostici - Differenziali.

Ai fini di un *approfondimento diagnostico* e di una migliore conoscenza della reattività psicofarmacologica nel gruppo delle sindromi ossessivo-fobiche, riassumeremo nei seguenti punti i dati più importanti emersi dalla presente ricerca.

1) Nell'ambito di una delimitazione fra situazione fobica e ossessiva, l'atteggiamento complessivo dei pazienti fobico-ansiosi nei riguardi dell'esperienza lisergica può essere definito come vissuto con profonda immedesimazione ed intensa partecipazione; l'esperienza viene sentita come un fatto assai importante, "integrato" nel complesso della dinamica affettiva individuale. L'accettazione o il rifiuto sono basati prevalentemente sulla personale risonanza affettiva cenestesica.

Nell'ossessivo l'esperienza è considerata con un certo distacco, con un atteggiamento razionale o razionalizzato (per lo più di rifiuto o di ostilità, ma anche di indifferenza) con una obiettivazione piuttosto rigida e "disintegrata": l'esperienza psicotossica rappresenta un ben distinto e isolato fenomeno rispetto al divenire psicologico individuale ed alla storia personale soggettivamente vissuta.

La risposta psicofarmacologica alla L.S.D. e anche alla L.A.E. appare complessivamente, nei soggetti a prevalente struttura fobico ansiosa, molto più intensa e dotata di contenuti affettivi, più "mosaica" e cangiante nelle espressioni emotive, più profonda e sconvolgente rispetto a quanto è possibile notare negli ossessivi.

L'esperienza lisergica accentua nel fobico la emozionabilità e la mutevolezza dei contenuti affettivi, la autosuggestionabilità emotiva, la labilità delle determinazioni volitive, l'espansione estroversiva (aumento nel bisogno di appoggio e di "apertura" psicologica, più ricca ed esplosiva estrinsecazione dei "vissuti" interiori) accrescendo particolarmente la sofferenza cenestesica, l'astenia e le attività fantastiche e immaginative.

A proposito di questi ultimi aspetti menzionati nei nostri pazienti fobici, astenia e fantasia, osserviamo che vi è stato un comportamento differenziale abbastanza significativo: in alcuni l'improntaastenica-cenestopatica e la sofferenza vegetativa hanno dominato nel corso dell'esperienza, in altri è prevalso un intenso arricchimento delle rappresentazioni più temute e delle fantasie più conturbanti e spaventose, in altri ancora questi due tipi di modificazione si sono variamente associati.

Negli ossessivi invece l'esperienza si è presentata più povera e frammentaria, più frequenti e marcati gli atteggiamenti introversivi

e di ritiro dal mondo: la L.S.D. è apparsa come un mezzo tendente a rompere l'atmosfera "magica", secondo la definizione di Gebattel, del ritualismo ossessivo, ma senza che ciò si sia mai completamente verificato.

L'esperienza lisergica finisce per ridurre l'ossessivo ai suoi termini essenziali: la tendenza primaria a ripetere, a precisare, la coazione ineluttabile, ancorchè contrastata o impedita dall'azione della L.S.D., persiste e contribuisce a rendere incolore, limitata, scarna la configurazione complessiva dell'esperienza lisergica.

2) Nello studio del "significato" della ossessione e della fobia, l'esperienza lisergica ha permesso pertanto di distinguere e di confermare la struttura psicopatologica che sottende tali fenomeni psicomorbose.

L'insieme dei dati sopraesposti contribuisce a riconoscere e riconfermare alla ossessione il significato di sintomo specifico della struttura anancastica, allorchè la pulsione ossessiva, resistendo anche all'attacco disgregatore della L.S.D. appare l'espressione di tendenze ripetitive e di meccanismi coatti "primari", cioè strettamente connessi e dipendenti da caratteristiche fondamentali (per lo più di ordine costituzionale) della intera personalità.

Di fronte a manifestazioni fobiche invece l'esperienza lisergica sembra evidenziarne il valore non univoco e di significato psicopatologico polivalente:

a) in alcuni casi la fobia sembra l'appannaggio di strutture asteniche prevalenti e di radicali neurastenici relativamente semplici, divenendo quasi l'espressione di una condensazione rappresentativa di uno stato di allarme "somatico" e di insufficienza biologica in soggetti non esuberanti nell'ambito ideatorio e fantastico, a struttura psicoaffettiva elementare, con non infrequenti spine "irritative" somatiche o generiche meoprategie organiche. Sono questi i pazienti in cui i temi fobici si scompaginano, si semplificano, o si attenuano sotto L.S.D. e nei quali lo stato psicotossico provoca o accentua particolarmente l'ansia indifferenziata, il panico « vegetativo », l'astenia ed il malessere vegetativo, le espressioni emotive più elementari, le compromissioni più evidenti dello stato di coscienza.

b) in altri casi invece la fobia appare il prodotto signifi-

cativo e simbolico di una personalità ricca e complessa, particolarmente dotata di fantasia, di profonda affettività, di spiccata esuberanza e varietà di situazioni complessuali e di meccanismi psicodinamici. Una personalità insomma con abbondanza di « disposizioni » e di atteggiamenti psicologici che vorremmo definire « amplificativi-induttivi », in quanto tali elementi accentuano, « amplificano » i vissuti interiori in termini figurativi e simbolici, e inducono, per semplice accostamento, analogia o suggerimento, dirette e immediate sintonizzazioni emotive.

In questi casi la L.S.D. accresce le autosuggestionabilità, la tumultuosa e caotica produzione di contenuti fobici, favorisce l'espansione estroversiva, con la frequente e ricco affiorare di ricordi repressi o di affetti nascosti; essa sembra inoltre facilitare la produzione di stati oniroidi allucinosici.

E' proprio in questo tipo di fobici che si osserva clinicamente una prevalenza delle caratteristiche "amplificative" e "induttive" e cioè cospicua emotività, introspezione acuta e sensibilissima, notevole facilità all'auto-eterosuggestione; in essi l'intima insicurezza e l'apprensione emotiva, unitamente alle cospicue doti di fantasia e di immaginazione, favoriscono enormemente quella amplificazione peggiorativa concretantesi in stati ansiosi e condensazioni fobiche, specialmente in relazione ad eventi psicotraumatici. Sono i soggetti che nel puro ambito descrittivo più sembrano avvicinarsi al quadro clinico del c.d. "isterismo d'angoscia", termine giustamente criticato da Rigotti ed etimologicamente inesatto, in quanto non corrispondente all'esistenza di meccanismi propriamente isterici.

c) Entro questi due tipi "limite" di fobici esiste una serie di pazienti che reagiscono alla L.S.D. in termini più o meno esuberanti e significativi a seconda della maggiore o minore ricchezza degli elementi temperamentali e di personalità sopraelencati.

3) Nella valutazione dei rapporti fra insicurezza vitale, anancasmo e fobia (problema che ripete la questione dei rapporti fra personalità insicura e personalità anancastica: vedansi i particolari in Gastaldi), ci sembra che in base ai nostri risultati il sentimento di insicurezza, così frequente e comune a riscontrarsi in numerosi stati neurotici ed in molti atteggiamenti di personalità, abbia una

importanza ed un valore ben distinto nelle diverse sindromi psicomorbose, acquistando un significato ed un ruolo del tutto differenti a seconda del tipo di personalità in cui viene a formarsi e ad agire.

Le modalità "steniche", rigide ed inflessibili con cui l'anancastico soddisfa il proprio bisogno di sicurezza "resistono" all'azione della LSD e, come tali, finiscono per assumere — anche al di fuori della situazione psicotossica — un aspetto autonomo e preponderante, scisso quasi dal momento iniziale ed apparentemente determinante (il senso di insicurezza): il meccanismo ripetitivo diviene fine a se stesso, quasi autoctono e costituisce l'elemento psicopatologicamente più importante ed evidente. Ciò sembra individualizzi a sufficienza — anche da un punto di vista psicofarmacologico — la "figura" della personalità e della struttura anancastica.

Le modalità "rilasciate", cangianti o polimorfe che esprimono la risposta psicofarmacologica all'intimo senso di insufficienza (svelate o ingigantite dall'intossicazione lisergica) caratterizzano invece assai significativamente l'esistenza di prevalenti strutture o radicali astenici-ipovitali di "insicurezza"; è il caso dei fobici ed ansiosi nei quali il profondo sentimento di insicurezza vitale viene vissuto, in condizioni psicotossiche, come fatto prevalente e caratteristico, ora in stati d'animo e rappresentazioni "amplificate" e "peggiorative", ora in grave allarme somatico o di sofferenza vegetativa: esse rappresentano le modalità fondamentali e caratteristiche, con cui l'insicurezza vitale si esprime in condizioni di emergenza (da stimolo psicotossico, da situazione psicotraumatica, ecc.) o di disagio abituale di fronte ai problemi della vita.

CONCLUSIONI

Considerati i limiti della presente ricerca, vorremmo qui esporre alcuni punti più riassuntivi che conclusivi:

- 1) Il comportamento durante l'esperienza lisergica (maggiormente in quella da L.S.D. che non in quella da L.A.E.) permette meglio di precisare e di distinguere nell'ambito di una sintomatologia ossessivo-fobica, gli elementi anancastici da quelli ansiosi e fobici, evidenziando in particolare al di sotto di una sintomato-

logia mista o di copertura più o meno specifica, l'esistenza di una struttura o di una componente anancastica.

Nei limiti di un siffatto comportamento psicofarmacologico differenziale, è possibile intravedere nella manifestazione coatta qualcosa di indissolubilmente legato alla struttura più profonda della personalità, cioè una particolare qualità pertinente alle caratteristiche fondamentali (costituzionali vorremmo dire) del modo di essere di un individuo.

Le espressioni fobiche invece appaiono, alla luce della presente indagine farmacopsichiatrica, manifestazioni dipendenti da altre particolari "disposizioni", disposizioni che si riassumono da una parte nei radicali astenici e di insicurezza, dall'altra negli atteggiamenti "amplificativi-induttivi" (fantasia, immaginazione, suggestionabilità, emotività sui quali situazioni o avvenimenti a carica psicotraumatica agiscono quali fattori di evidenziamento e di precipitazione.

2) Le indagini con LSD hanno confermato come un nucleo di eticità morbosa sia a fondamento o per lo meno caratterizzi in maniera evidente la psicopatologia dei pazienti fobici ed ossessivi: nei primi la "struttura" etica è rappresentata da colpevolezza, ansia autopunitiva e "peggiorativa", rimorso, complessualità peccaminosa condannata e repressa; nei secondi da esigenze di precisione e scrupolosità, bisogno di ordine, ricerca dell'assoluto, perfettibilità. In effetti la L.S.D. puntualizza significativamente tali aspetti "etici", già intravisti da diversi Autori: secondo K r e t s c h m e r gli "istinti repressi agirebbero... facendo crescere in maniera ipertrofica le situazioni etiche" (B a s a g l i a); secondo G a s t a l d i alla situazione complessuale foboossessiva potrebbe attribuirsi "un significato essenzialmente morale del prevalere cioè, in una situazione conflittuale, delle esigenze antistintuali, etiche del super-Io".

Inoltre lo studio psicofarmacologico ha permesso di rivelare nella dinamica complessuale dei fobico-ansiosi una dimensione "retrospettiva" intesa come l'insieme dei ricordi repressi, degli affetti frustrati, delle colpe infantili, degli avvenimenti insomma riferentesi al passato, mentre negli anancastici ha evidenziato il carattere "prospettivo" dei loro dinamismi morbosi, proiettati e tesi al raggiungimento di future situazioni "perfette" e rassicuranti: il fobico nel corso delle esperienze lisergiche sembra affondare e soffrire nel pas-

sato, l'ossessivo appare ancor più spinto alla sua ineluttabile ed interminabile ricerca.

3) Nella destrutturazione lisergica sono gli elementi più essenziali e significativi della personalità che vengono ad essere messi in luce: l'indagine lisergica adeguatamente interpretata, proprio attraverso la differenziale espressione psicofarmacologica nei singoli aspetti psicopatologici (percettivi, affettivi, ideatori etc.) e nell'esperienza in toto può essere in grado di rilevare la struttura interiore, l'ordinamento dinamico, nonché il significato reale delle manifestazioni fobiche ed ossessive, precisando meglio quanto può essere attribuito a qualità temperamentali e di personalità e quanto debba considerarsi sovrastruttura o modificazione dovuta a motivi o situazioni secondarie o contingenti.

RIASSUNTO

Dopo un breve riassunto dei più recenti contributi della letteratura concernenti la nosografia e la psicopatologia delle sindromi ossessive e fobiche, vengono esposti i risultati delle esperienze farmacopsichiatriche (mediante L.S.D. 25 e LAE 32) condotte su 15 pazienti presentant isintomatologie ossessive e fobiche.

Anche in questo gruppo di pazienti le indagini con derivati dell'acido lisergico si sono rivelate assai utili nello studio della struttura caratteriale di tali pazienti e nell'approfondimento dei dinamismi complessuali.

In particolare è stato possibile evidenziare qualità differenziali psicopatologiche che sono alla base della fobia e dell'ossessione.

Infine gli AA. fanno rilevare come le esperienze lisergiche permettano l'evidenziarsi di modalità e di tipi di risposte che si concretizzano in significati, se pure diversi nelle loro espressioni nelle due categorie di pazienti, di profondo valore etico.

RÉSUMÉ

Après un court résumé des contributions les plus récentes à propos de la nosographie et de la psychopathologie des syndromes obsessionnels et phobiques, les auteurs exposent les résultats des expériences pharmacopsychiatriques (LSD et LAE) exécutées chez 15 malades qui présentaient des symptomatologies obsessionnelles ou phobiques.

Dans ce groupe de névrosés aussi les recherches avec les dérivés de l'acide lysergique se sont démontrées utiles dans l'étude des structures caracté-

terièlles de ces malades et dans l'aprofondissement des dynamismes complexes. En particulier il a été possible de mettre en evidence des qualites differentielles psychopathologiques qui se trouvent à la base de la phobie et de l'obsession.

Finallement les auteurs font remarquer que les expériences lysergiques permettent l'évidenciation de modalités et de types de reponses qui se concretisent en significations, quoique différentes dans les deux catégories de malades, de valeur éthique profonde.

SUMMARY

After a short review of the most recent literature concerning the nosography and psychopathology of obsessive and phobic syndromes, psychopharmacological results, obtained by administration of LSD 25 and LAE 32 in 14 patients with obsessive and/or phobic symptomatology, are referred.

Investigation with lysergic derivative appears greatly useful in the estimation of the basic personality structure and in the evaluation of psychodynamic material.

The differential psychopharmacological responses seem very important in order to elucidate and the different psychopathological background of the phobicsituation of the obsessive-compulsive mechanisms: particularly, the ethical and conflictual problems, evoked under lysergic intoxication, show, significantly differences of expression in the two groups of patients.

ZUSAMMENFASSUNG

Nachdem die neusten Literaturbeiträge um die Nosographie und Psychopatologie der Zwang und Phobie-syndromen kurz zusammengefasst worden sind, werden die Ergebnisse von pharmakopsychiatrischen Versuchungen ausgestellt, welche die VV. in 15 Patienten mit Zwang un Phobiessymptomen durch die LSD 25and LAE 32-Behandlung erfahren haben.

Auch in diesen Patienten gaben sich die Versuchungen mit LSD und LAE zu erkennen als nützlich für die differentialdiagnostischen Abgrenzung der phobischen von den Zwangneurotischen Phänomenen und für das Verständnis der Persönlichkeitsstruktur und des psychodynamischen Aufbaus, die am Grunde der Phobie und der Zwangerscheinungen.

Schiesslich behaupten die VV dass die LSD-Versuche Antwortmodalitäten und Antwortarten entschleiern lassen, die sich in Bedeutungen von tiefen ethisch Wert, obwohl durch unterschiedenen Ausdruck in den beiden Patientenklassen, konkretieren.

| CASI E DIAGNOSI | M. M., f., 49 a. fobico-ansiosa | R. C., f., 36 a. fobico-ansiosa | V. I., m., 18 a. fobico-ansioso | T. R., f., 36 a. fobico-ansiosa | T. S., m., 18 a. fobico-ansioso | G. F., m., 26 a. fobico-ansioso | L. P., f., 29 a. fobico-ansiosa | D. C., f., 24 a. fobico-ansiosa | C. F., f., 28 a. ossessivo-fobica | M. A., f., 36 a. ossessivo-fobica | M. G., f., 35 a. ossessivo-fobica | B. G., f., 20 a. ossessiva | M. N., f., 57 a. ossessiva | G. C., m., 24 a. personalità anamnestica | G. L., f., 30 a. personalità anamnestica |
|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <i>Fenomeni allucinatori:</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) elementari | | + | + | + | ++ | | + | + | ++ | | + | | + | + | + |
| b) complessi | | | | ++ | | | | | ++ | | ++ | | | | |
| <i>Fenomeni soggettivi:</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) generali | | ++ | ++ | + | ++ | ++ | ++ | + | + | + | ++ | + | + | + | ++ |
| b) locali | | | | ++ | | | | + | ++ | | ++ | | + | | ++ |
| c) genitali | | ++ | ++ | | | | | + | +++ | | +++ | | | | |
| <i>Modificazione coscienza</i> | | + | ++ | ++ | ++ | + | | | | | + | + | + | + | + |
| <i>Riev. mnemoniche:</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) generiche | | | | | | | | | ++ | | + | | | | |
| b) specifiche | +++ | +++ | | ++ | | ++ | | + | ++ | | | + | + | | |
| <i>Emergenze etiche</i> | +++ | +++ | +++ | ++ | | ++ | | + | | | + | + | + | | |
| <i>Ansia</i> | +++ | +++ | +++ | ++ | +++ | +++ | ++ | ++ | +++ | + | | ++ | | ++ | ++ |
| <i>Depersonalizzazione:</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) somatopsichica | | | | | | | | + | + | + | | + | | | |
| b) autopsichica | | | ++ | + | ++ | + | + | + | | + | + | | | ++ | + |
| <i>Vissuti erotici</i> | | ++ | +++ | | | | | | +++ | | +++ | | | | |
| <i>Accentuazione sintomatologia</i> | | ++ | ++ | | ++ | | | ++ | +++ | ++ | +++ | ++ | | ++ | ++ |

Tab. 1. - Quadro riassuntivo delle principali caratteristiche dell'esperienza psicotossica da L.S.D

BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON E. W. e RAWNSLEY K. - *Clinical studies of Lysergic acid Diethylamide*. - « Mnschr. f. Psych. u. Neurol. », 128, 38, 1954.
- BASAGLIA F. - *Contributo allo studio psicopatologico e clinico degli stati ossessivi*. - « Rass. St. Psych. », XLIII, 2, 1954.
- BEAUDOIN H., CHANES Ch., JOYEJX J., QUERCY D. - *L'ortédrine intraveuse dans la pratique psychiatrique*. - « Ann. Méd. Psychol. », 107, 376, 1949.
- BELLONI G. B. - *Le astenie*. - « Arch. Psicol. Neurol. e Psichiat. », fasc. III, pag. 377, 1953.
- BERTAGNA L. - *Un traitement des accidents moteurs du pythiatisme: l'injection intraveineuse unique d'amino-psychotonique*. - « Rev. Neurol. », 84, 174.
- BINDER H. - *Zur Psychologie der Zwangsvorgänge* in « Abhandl. Neurol. u. Psych. », Hrsg. K. Bonhöffer, Heft 78, Karger 1936, Basel.
- BINI L. e BAZZI T. - *Le psiconevrosi*. - Abruzzini edit. Roma, 1949.
- BLEULER E. - *Lehrbuch der Psychiatrie, VII Aufl.* - Berlin, Springer 1943.
- BRUN R. - *Traité général des névroses* - Payot, Paris, 1956.
- BUMKE O. - *Trattato di Psichiatria* - UTET, Torino, 1926.
- BUSCAINO V.M. e BALBI R. - *Fenomeni umorali delle principali sindromi neurotiche - Loro significato* - Relaz. al XI Congr. Soc. It. Neurol. Napoli, 1952 - « Acta Neurol. », 7, 401, 1952.
- CARDONA F. - *Contributo alla conoscenza del problema prognostico della psicosi ossessiva*. - « Riv. Pat. Nerv. Ment. », XLII, LXIX, 239, 1937.
- CARDONA F. - *Sulla diagnosi e sulla prognosi delle malattie mentali*. - « Riv. Pat. Nerv. e Ment. », LII, LX, 151, 1945.
- DAVINI V. - *I barbiturici ad azione rapida in neuropsichiatria*. - « Sistema Nervoso », II, 1, 1950.
- DISERTORI B. - *Trattato delle nevrosi*. - Einaudi Edit. Torino, 1956.
- DUPUY - Citato da GOMIRATO e GAMNA.
- FAVEZ, BOUTONIER J. e ZANTEB R. - *La psychonévrose obsessionnelle*, in: « Encyclopédie Medico-Chirurgicale-Psychiatrie », 37370, A. 10, vol. II.
- GASTALDI G. - *Relazione al XXVI Congresso della Soc. It. di Psych. Varese, 6-9 maggio 1954. II° Tema di Relazione « Nuove vedute sui confini fra psicoastenìa e Psichiatria » - Questioni di terminologia, di Psicopatologia e di psicodiagnostica*. - « Il Lav. Neuropsich. », XIV, 299, 1954.
- GASTALDI G. - *Considerazioni di uno psichiatra su di un procedimento di indagine psicologica applicato allo studio di soggetti al limite fra la psiconevrosi e la psicosi*. - « Arch. Psicol. Neurol. e Psichiatr. », XV, V, I, 1954.
- GIBERTI F. e BONAMINI F. - *Contributo clinico alla psicodiagnosi farmacologica mediante le c.d. amine del risveglio. (Weckanalisi)*. - « Sistema Nervoso », 4, 258, 1954.
- GIBERTI F. e BOERI G. - *Studio farmacopsichiatrico di un caso di nevrosi fobico-ansiosa*. - « Sistema Nervoso », IX, 145, 1957.
- GIBERTI F., GREGORETTI L. e BOERI G. - *L'impiego della dietilamide dell'acido lisergico nelle psiconevrosi*. - « Sistema Nervoso », 4, 191, 1956.
- GIBERTI F. e GREGORETTI L. - *Studio farmacopsichiatrico di un caso di psiconevrosi ossessiva*. - « Sistema Nervoso », 4, 275, 1957.

- GIBERTI F. e GREGORETTI L. - *Studio comparativo degli effetti psicopatologici della monoetilamide dell'acido lisergico etc.* - « Sistema Nervoso », 2, 97, 1958.
- GOMIRATO G. e GAMNA G. - *La narcoanalisi.* - Ed. « Minerva Medica », Torino, 1958.
- HENDERSQN D. e GILLESPIE R.D. - « *Textbook of psychiatry* », Oxford University Press, Londra, 1956.
- KAHN E. - *Die psychopathischen Personallichkeiten in: O. Bumke Handbuch der Geisteskrankheiten*, Springer, Berlino, 1930.
- LEWIS A. - *La enfermedad obsesiva.* - « Acta Neuropsych. Argen. », III, 4, 323, 1957.
- LO CASCIO G. - *Relazione al XXVI Congresso della Soc. It. Psych. Varese, 6-9 maggio 1954. II^o Tema di Relazione: « Nuove vedute sui confini fra psicoastenìa e schizofrenia.* - « Il Lav. Neuropsych. », XIV, 191, 1954.
- LOPEZ IBOR J.J. - *La angustia vital.* - « Paz. Montalvo », Madrid, 1950.
- MASSERMANN J. - *Principes de Psychiatrie dynamique* - P.U.F., Paris, 1937.
- MAYER GROSS W., SLATTER E. and ROTH M. - *Clinical Psychiatry* - Casell e Co. London 1954.
- MEUNIER - citato da GOMIRATO e BAGGIORE.
- NOYES A.P. e KOLB C. - *Modern Clinical Psychiatry.* - W.B. Saunders Co. Phil., 1953.
- OTTONELLO P. e ROSSINI R. - *I barbiturici ad azione rapida e il sonno prolungato in terapia psichiatrica.* - « Attualità terapeutiche », Vallardi, Milano, 1952.
- PETRILOWITSC N. - *Ueber die charakterologischen Voraussetzungen der Phobien.* - « Schw. Arch. f. Neurol. u. Psychiat. », 76, 1-2, 223, 1955.
- PUCA A. - *Decorso ed esiti della psicostenia* - « Riv. Sper. di Fren. », LVIII, 1934, 741.
- RIGOTTI S. - *Cinque anni di esperienza con i barbiturici ad azione rapida in Psichiatria: risultati e considerazioni.* - « Il Cervello », 28, 294, 1952.
- RUBINO A. - *Diagnostica psichiatrica* - vol. II. V. Idelson, Napoli, 1958.
- SANDISON R.A., SPENCER A.M. e WHITELAW J.D.A. - *The therapeutic value of lysergic acid diethylamide in mental illness.* - « J. Ment. Sc. », 100, 419, 1954.
- SANDISON R.A. e WHITELAW J.D.A. - *Further studies in the therapeutic value of lysergic acid diethylamide in mental illness.* - « J. Ment. Sc. », 332, 1957.
- TERHUNE W.B. - *The phobic syndrome.* - « Arch. of Neurol and Psych. », 62», 162-172, 1949 (citato da PETRILOWISCH).
- VALLEJO-NAGERA A. - *Tratado de Psiquiatria.* - Salvat Ed., Barcellona, 1954.
- VISINTINI F. e MACCHI H. - *Sulla psicosi ossessiva.* - « Riv. Sper. di Fren. », LXXVII, III, 455, 1954.