

SISTEMA NERVOSO

FONDATA DA LIONELLO DE LISI

DIRETTA DA GIUSEPPE PINTUS

Comitato di Direzione: ARSLAN M. (Padova) - BELLONI G. B. (Padova) - CENI C. (Bologna) - DI GIORGIO A. M. (Torino) - FAZIO C. (Genova) - FIAMBERTI A. M. (Varese) - FRANCHINI A. (Padova) - GEMELLI A. O. F. M. (Milano) - GIAMPALMO A. (Pisa) - LEVI BIANCHINI M. (Nocera Inferiore) - LUNEDI A. (Firenze) - MASCHERPA F. (Milano) - MEDEA E. (Milano) - MITOLO M. (Bari) - MORSELLI G. E. (Novara) - MORUZZI G. (Pisa) - MUSATTI C. L. (Milano) - PERETTI G. (Cagliari) - PERRIA L. (Genova) - PISANI D. (Messina) - PORTA V. (Milano) - SACCHI U. (Brescia) - SIMONELLI G. (Firenze) - SPADOLINI I. (Firenze) - VERCELLI G. (Milano).

REDATTORE CAPO: PIETRO SARTESCHI

Redattori: ARDITO R. - BRUSA A. - CANEPA G. - COGORNO A. - DAVINI V. - DE NEGRI M. - FERRARIS M. - GHERARUCCI D. - GIANNINI A. - GIANNIOTTI G. - GHIRARDI L. - GIBERTI F. - GREGORETTI L. - INCHIRAMI L. - LEVI P. G. - LOEB C. - MANNIRONI G. - MURATORIO A. - PIRISI B. - SORIANI S. - TARTARINI E.

VOLUME IX

1957



DIREZIONE E REDAZIONE
CLINICA DELLE MALATTIE
NERVOSE E MENTALI
DELL'UNIVERSITÀ DI PISA
VIA ROMA, 35 - TELEFONO 22.611

SOCIETÀ EDITRICE PER AZIONI
LONGANESI & C. - Sez. REDI
VIA BORGHETTO, 5 - MILANO
TELEFONI 709.076 - 709.077

STUDIO FARMACOPSICHIATRICO DI UN CASO DI PSICONEVROSI OSSESSIVA (1)

(Contributo alla conoscenza degli stati ossessivi mediante l'impiego di farmaci psicomimetici: Anfetamina, LSD 25, LAE 32)

F. GIBERTI

L. GREGORETTI

Nell'ambito di una valutazione e revisione critica dell'utilità diagnostica della LSD e di altri farmaci psicomimetici nelle sindromi psiconeurotiche, esponiamo un caso di stato ossessivo sottoposto a Weckanalisi ed a trattamenti con LSD in base a quelle finalità e secondo principi già enunciati in precedenti lavori (GIBERTI e GREGORETTI; GIBERTI, GREGORETTI e BOERI; GIBERTI e BOERI); inoltre, nell'intento di comprovarne gli effetti sedativi e distensivi, è stato tentato anche un trattamento con LAE 32, sostanza psicomimetica recentemente sperimentata in farmacopsichiatria (2).

Tale farmaco è stato studiato da SOLMS e da CALLIERI, sia in soggetti normali che in malati mentali, producendo una caratteristica « psicosi-modello ». La sua azione si svolge e può essere distinta in due fasi: una prima, della durata di un quarto d'ora cir-

ca, caratterizzata da disturbi della sfera cenesetica e neurovegetativa ed una seconda, della durata di un'ora - due ore e mezzo, nella quale si manifestano i sintomi psichici più significativi.

Essi sarebbero costituiti da disturbi dell'Io, a tipo di depersonalizzazione-derealizzazione ed alterazioni dello schema corporeo, ma soprattutto da uno stato di spiccata apatia, indifferenza, ottusità, « vuoto del pensiero » e « calma crepuscolare » (CALLIERI) e da una profonda e tipica adinamia; gli AA. sono stati indotti per tali fenomeni a parlare di una sorta di « lobotomia chimica ».

I disturbi psicosensoriali sarebbero presenti solo con dosaggi superiori a quelli comunemente impiegati (0,5 - 0,75 mg.) e consisterebbero in una sindrome allucinosica.

Lo stesso farmaco è stato anche sperimentato come sedativo e come ipnotico in malati mentali agitati con scarsi o discreti risultati, ma solo temporanei e, per quanto riguarda gli effetti terapeutici, con risultati assai meno efficaci di quelli ottenibili con la clorpromazina.

Dallo spoglio dei protocolli delle esperienze farmacologiche del nostro p. sono apparsi elementi e caratteristiche utili allo studio del mondo ossessivo e dei meccanismi anancastici ed al chiarimento della struttura di una personalità me-

(1) La definizione di « psiconevrosi ossessiva » è intesa nel senso più significativo del termine, lasciando impregiudicata una distinzione terminologico-nosografica fra stato ossessivo, psicosi ossessiva e personalità anancastica: nella psiconevrosi ossessiva « toute la personnalité est organisée sur le mode de l'obsession ». (FAVEZ-BOUTONIER e LANIER).

(2) La LSD 25 e la LAE 32 ci sono state gentilmente offerte dalla Ditta SANDOZ.

dianche la valutazione ed il raffronto delle azioni dei farmaci impiegati.

STORIA CLINICA DEL CASO

Riportiamo ora le notizie e gli elementi fondamentali della storia clinica del paziente.

G.C.G. è un giovane di 24 anni primogenito di due figli maschi. La madre è vivente e sana, ma si presenta come una personalità con tratti anancastici; è precisa, puntigliosa, meticolosa; ha allevato i suoi figli secondo rigidi sistemi di ordine e di pulizia, minuziosa ed opprimente nell'impartire l'educazione, stimolando continuamente il loro « amor proprio » e costringendoli molto presto al controllo degli sfinteri: il p., verso i due anni e mezzo, cominciò a trattenere più che poteva le feci, per poi espellerle senza andare al gabinetto ed indirizzando alla madre uno sguardo di sfida. Tale fatto durò qualche mese e poi scomparve. (Spontaneo qui sorge il riferimento alla dottrina psicoanalitica).

Durante l'ultima guerra (il paziente aveva allora 10 anni) il padre morì: alla notizia del suo decesso, il ragazzo ebbe l'impressione che « qualcosa si staccasse da lui », non ostante che il padre avesse fatto poco sentire la sua presenza in famiglia, per le lunghe assenze dovute a ragioni di servizio. Ancor oggi il paziente afferma di non sapere « cosa vuol dire avere un padre » ed aggiunge di non essere particolarmente attaccato alla sua memoria.

Giunto alla pubertà egli tuttavia ne sentì la mancanza, non trovando nella madre una sufficiente guida e comprensione, mentre si rendeva conto che i suoi amici « avevano un padre ».

A 11 anni eseguì il suo primo atto masturbatorio, ma a quei tempi non aveva ancora cognizioni teoriche sulla vita sessuale. Qualche tempo dopo fu invitato da una coetanea a « fare come i grandi »: ebbe cioè con questa un abbozzo di rapporto sessuale e fu dalla stessa iniziato alla conoscenza dei fatti sessuali. Ne restò esterrefatto ed anche profondamente deluso. Da allora avvertì un certo disgusto nell'attribuire tali « fatti » ai suoi genitori: « Queste cose così basse a loro che erano così in alto nella mia stima ».

La raccolta dei dati riguardanti unicamente la storia e l'evoluzione della sua malattia ha richiesto tempo ed enorme pazienza (oltre 20 ore di conversazione), per la estrema e circonvoluta prolissità del paziente, sempre alla ricerca di particolari, continuamente spinto dal bisogno di precisare ogni fatto, ogni sensazione, sempre nel timore di non essersi spiegato bene.

Il paziente fa risalire l'inizio delle prime coazioni ad un'inspiegabile paura che egli avrebbe avvertito nell'attraversare un corridoio oscuro verso i 5 anni. Pensò allora che guardando tre volte fissamente l'oscurità, la paura sarebbe passata. In seguito il bisogno di « fare » o di « pensare » tre volte si estese presso che a tutte le sue attività mentali. Praticamente egli si limitava ad abbozzare od a pensare due volte ad un dato movimento e la terza volta lo eseguiva.

Tali disturbi gli permettevano ancora a quei tempi di svolgere una vita sufficientemente normale e si associavano ad un'estrema scrupolosità in tutte le sue attività, come ad esempio nello studio e nella cura della sua persona. Egli aveva orientato tutta la sua vita secondo schemi fissi di grande ordine, dai quali non derogava mai: era giunto sinanche a crearsi l'immagine di un « uomo ideale », sempre a posto. La sua meticolosità nei confronti della propria persona s'accentuò verso i 10 anni, allorchè egli cominciò a lavarsi da solo, incitato dalla madre, la quale gli aveva presentato tale compito come molto importante: gli diceva che ormai era diventato « un ometto » e quindi doveva comportarsi di conseguenza.

Si dimostrava un ragazzo tranquillo esteriormente, piuttosto staccato, con scarse manifestazioni emotive, limitato nei suoi interessi e nella partecipazione agli avvenimenti.

A 14 anni fu messo in collegio, dove egli entrò con animo abbastanza sereno. In tale periodo la visione casuale di una fotografia raccapricciante (nella quale si vedeva un morto) lo impressionò profondamente: per liberarsi di tale ricordo che ritornava insistentemente alla sua mente, dovette pensare ad esso tre volte ma nello stesso tempo si accentuavano ancor più tutte le altre manifestazioni reiterative. A poco a poco si fece strada nella sua mente l'idea che un pensiero, per essere perfetto, doveva esser formulato tre volte e poi seguito dal « pensiero

ideale» che consisteva in una rappresentazione i cui attributi di perfezione e di completezza lo soddisfacevano completamente. Essa si concretò nell'immagine di un uomo, il quale doveva avere la carnagione, gli occhi, il vestito, il cappello e le scarpe celesti (il padre era ufficiale di Marina) e trovarsi in un campo dello stesso colore; inoltre doveva avere lo sguardo rivolto verso destra, lato perfetto. In seguito gli uomini divennero tre ed egli doveva « guardare » con maggiore intensità quello situato a destra. A poco a poco tutta la sua attività mentale fu presa da questi bisogni di ripetizione per cui egli si trovò come paralizzato, nell'impossibilità di prendere qualsiasi iniziativa; trascurò lo studio e la sua persona, divenne sporco e sordido.

A ciò si aggiunse il fatto che un certo giorno, non sa spiegare come, il « numero perfetto », da tre divenne due od un suo multiplo. Tutti i suoi pensieri dovettero quindi essere formulati due volte e gli uomini del « pensiero ideale » dovevano essere non più tre ma due. Nell'estate tornò dal collegio, ma a causa delle disastrose condizioni post-belliche della sua città, andò ad abitare con la sua famiglia ed alcuni parenti in un'unica stanza, disagiatissima ed in grande promiscuità.

Le condizioni di vita ed ambientali peggiorarono il suo stato interiore, mentre esteriormente appariva piuttosto freddo, calmo e distante. Il paziente infine, decise di « liberarsi » con un « atto di pensiero », vero cerimoniale ideatorio, di tutti i suoi impedimenti ossessivi e scelse il 22 gennaio (giorno pari) 1948, anno pari. In effetti, eseguito l'«atto di pensiero» anacastico, da quel giorno si sentì molto più libero; rimanevano solamente, ma in maniera molto larvata, i « fotogrammi dell'uomo perfetto ».

Questa spontanea remissione, che gli permise di seguire con buon profitto la scuola, durò fino al 1950, permanendo naturalmente la tendenza all'eccessiva scrupolosità in ogni sua manifestazione.

Nel novembre del 1950 in seguito ad un banale incidente, si ripresentarono molto più accentuati tutti i suoi disturbi ed egli fu ricoverato in una clinica, dove praticò un ciclo di elettroshock. Fu alquanto avvantaggiato da tale terapia, ma i meccanismi anacastici persistettero.

Decise allora di ripetere il rito della « liberazione » e stabilì una data precisa (giorno pari, ora pari, mese pari), lo sguardo rivolto verso la « natura », ma alla fine dimenticò di dire le preghiere. Rimandò altre due volte l'operazione, sinchè, all'aria aperta, lo sguardo rivolto verso la natura e verso destra, dopo aver detto le preghiere, « si liberò ».

Andò avanti alla meno peggio fin verso la fine di novembre dello stesso anno, quando accadde un avvenimento che il paziente definisce decisivo.

La madre, in un momento di esasperazione, gli gettò via il « nécessaire » per le unghie, mentre egli lo stava lavando come tutti i sabato sera: non poté più compiere nella loro completezza tutte le azioni necessarie a mantenere il suo stato di equilibrio e delle quali la pulizia dell'oggetto rappresentava una tappa insostituibile. Si sentì perduto e, a poco a poco, si avviò « sulla china del precipizio ». Si trovava in uno stato di completo abbandono, non riusciva a studiare, non si lavava più.

Il pensiero, già così ipertrofizzato, si impadronì sempre più di lui e divenne l'unico mezzo di ripiego di fronte alla impossibilità di tradurre sul piano pragmatico la sua esistenza.

Egli allora si rifugiò nella « onnipotenza » del suo pensiero, che poteva diventare azione. Ma il pensiero-azione, con le innumerevoli possibilità dei suoi addentellati, poteva comportare un'infinità di altre situazioni che, se non bene note e sviscerate, rappresentavano quell'abborrito ignoto, pericoloso e verso il quale si sentiva « scoperto ».

Ecco dunque la necessità di sentirsi « con le spalle al muro », che si estrinsecava attraverso l'incessante ricerca di tutti i particolari di ogni pensiero-azione, con la minuta precisazione di tutti i suoi dettagli e probabili derivazioni.

Ma questa condizione, vissuta in maniera cocente, ossessiva, ineluttabile, lo sottoponeva ad un estenuante lavoro mentale, per cui fu costretto, per liberarsi dal pensiero « parassita » e per essere nello stesso tempo tranquillo, a ricorrere al compromesso delle « standardizzazioni » (così egli le definisce), rapide, fugaci e reiterate « revisioni » del pensiero, vissute in termini di coazione.

Il paziente con tale meccanismo passa in rapidissima e ripetuta rassegna i suoi contenuti mentali, senza soffermarvisi, accettando implicitamente come scontata la « perfezione » di ogni momento e aspetto di tali contenuti.

Tale artificio però non si mostrò sufficiente a soddisfare le sue esigenze di precisione, per cui, alla mancata precisazione, si aggiunse quel senso *incombente* di insoddisfazione, che lo costringeva ad « introspeettare nell'irrealtà » e che lo spingeva a rappresentarsi in modo ossessivo pensiero e « standardizzazioni ».

La sua vita divenne quindi un ripetersi sempre più attanagliante di pensieri ossessivi vischiosi e di standardizzazioni, che gli impedivano ogni possibile attività proficua. Non ostante tale insieme di gravi disturbi anancastici il paziente esteriormente non ne appariva molto preoccupato, non cercava la compagnia e gli svaghi della sua età, apparendo quasi un anaffettivo, privo di relazioni di contenuto sentimentale, scarso di manifestazioni emotive, isolato nella sua atmosfera di ricerca perfezionistica.

In tali condizioni il paziente viene ricoverato nella Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Genova.

SINTESI CLINICA

I diversi esami clinici e di laboratorio non hanno messo in evidenza alcun dato che potesse far supporre l'esistenza di alterazioni « organiche ».

Dal lato psichico l'impressione che si ricava dalla storia e dai racconti del paziente è quella di un individuo piuttosto rigido, che vive ogni avvenimento in termini di scarsa emozione sintonica e sotto forma di astratta e particolaristica reiterazione.

Il suo modo di vivere e di pensare appare stenico, incompressibile, arido ed è caratterizzato dai meccanismi ripetitivi: la « onnipotenza del pensiero », come egli dice, lo conduce, nella sua ricerca della verità e della perfezione, dei « sottoposti e dei sovrapposti » componenti

tutta la realtà, ad uno stato di immobilità, di inefficienza pratica e di indeterminatezza presso che complete. Il mondo coatto del paziente vive ora e si risolve unicamente nel pensiero; mancano infatti iterazioni nell'ambito psicomotorio e manifestazioni di tipo ritualistico. Qualsiasi pensiero rappresentante o meno un'azione, diventa un problema acutissimo che va risolto mentalmente, in maniera immediata ed ossessiva; l'impegno mentale è così intenso che il paziente non può compiere alcunchè di pratico e conclusivo. Egli, pur rendendosi conto dei suoi meccanismi di pensiero, li accetta come il modo di essere meno penoso e più confacente alla sua natura: in altre parole è scarso il suo psichismo di difesa. Tali caratteristiche sono proprie delle personalità anancastiche descritte da BINI e BAZZI e rientrano negli « stati ossessivi puri » secondo BASAGLIA o, con il termine proposto da BELLONI, nel quadro delle « psicosi ossessive » appunto per la povera componente affettiva.

Esiste tuttavia un modesto stato di « tensione » affettiva che si accompagna al bisogno di precisare: essa non può semeioticamente esser qualificata come ansia.

Infine, interpretazioni di natura psicanalitica potrebbero essere facilmente addotte a spiegare la dinamica dei disturbi del paziente: basti ricordare la precoce educazione sfinterica, i rapporti affettivi nell'ambiente familiare privo della figura paterna, l'importanza simbolica di determinate rappresentazioni ed avvenimenti; ma, anche prescindendo dall'arbitrarietà di tali illazioni, il presente studio riguarda gli aspetti psicopatologici, formali ed essenziali evidenziati dalle indagini farmacologiche.

STUDIO FARMACOPSICHIATRICO DEL CASO

A) *Weckanalisi* (per la parte tecnica v. GIBERTI, « Sistema Nervoso », 1954).

Pochi minuti dopo l'introduzione del farmaco il paziente espone tumultuosamente tutta una serie di idee e di concetti di ogni tipo, taluni riguardanti le sue attuali condizioni, altri riferentisi ad argomenti a contenuto morale, addirittura metafisico, cosmico, come la legge della relatività. La relatività è l'aspetto della vita che più lo colpisce: « Einstein mi disarmò... mi atterrò... mi atterrisce... e l'assoluto dov'è? Io cerco l'assoluto... la verità del senso della vita ».

Il paziente dichiara di avere « tanti pensieri in testa », di cui uno completa l'altro, tanti particolari su di uno stesso argomento, tante spiegazioni ed anche giustificazioni che si presentano alla sua mente nello stesso tempo e che immediatamente risolvono il suo bisogno di assoluto e di perfetto.

Il suo pensiero si svolge molto più sciolto, fluido e rapido. L'abbondante produzione di dettagli e di precisazioni è spontanea ed avviene senza fatica, tanto che la sua esigenza di puntualizzazione viene sempre e continuamente soddisfatta, almeno sin quanto dura l'azione del farmaco. *La tendenza perseverativa è ipso facto saturata: il precisabile è, momento per momento, precisato*; così egli, cessata l'azione del farmaco, spiegherà gli effetti delle weckamine introdotte endovena.

Il paziente condensa in un attimo tutto quanto è abitualmente frutto di successive precisazioni: si ha l'impressione che il meccanismo anacastico non si svolga tappa per tappa ma si risolva al suo solo proporsi, tanto è vero che egli non ha affatto bisogno delle standardizzazioni.

Si assiste ad un accentuarsi inusitato degli abituali processi ideatori del paziente: di ogni argomento completi, minuti e risolutivi particolari gli si presentano contemporanei ed impellenti, senza che egli possa avere il modo di poterli successivamente enunciare per il loro addensarsi.

E' per questo che si può scorgere nel paziente anche un certo disagio connesso alle difficoltà di non poter esprimere completamente un modo di pensare così soddisfacente e rapido.

E proprio per questo suo bisogno di spiegarsi, il suo discorso diviene un verboso ripetersi, pieno di perseverazioni, di precisazioni, di ribadimenti ed anche di arresti momentanei, tanto da fornire l'impressione di un certo disordine, appunto perchè alla precisazione mentale non può tener dietro una esauriente traduzione verbale.

Successivamente il paziente, spiegando con un paragone molto significativo gli effetti prodotti in lui dal farmaco, dice che questo ha « messo a nudo » il suo sistema di pensare, provocando un fenomeno simile a quello che si ha quando si lancia un sasso nell'acqua. Si formano delle onde, intorno al sasso, collegate fra di loro, da queste se ne formano delle altre, sempre collegate e così via, anche quando il sasso si è fermato e non agisce più.

Valutando analiticamente i risultati della stimolazione anfetaminica, si rilevano:

1) una spinta primaria nella produzione ideatoria e verbale, cioè una vera e propria ideorrea farmacologica ed una notevole accelerazione dei processi ideatori con un ininterrotto flusso di nuovi pensieri e rappresentazioni;

2) una reazione affettivo-emotiva di non grande entità e di tipo euforico: pe-

rò ad un sostanziale senso di benessere e di « tono » più sollevato, ogni tanto subentrano momenti di tensione moderatamente spiacevole, legati alla difficoltà di espressione verbale;

3) non rilevanti modificazioni mimico-gesticulatorie;

4) rimarchevole la scarsità e la povertà di contenuti dinamici e complessuali rilevabili.

In sintesi l'esperienza farmacologica con anfetamina ha accentuato gli aspetti formali ed essenziali della struttura anancastica ed ha agito in senso euforico e stenizzante, producendo saltuariamente, come effetto psicologico secondario, momenti di modico disagio.

L'azione del farmaco è stata favorevolmente vissuta e gradita proprio perchè ha consentito il soddisfacimento ed il completamento (l'esaurimento) delle esperienze anancastiche intese come rappresentazioni mentali che devono essere completamente svolte e precisate, in quanto giustificazione per il p. della sua esistenza e rappresentazione di « un dovere quasi etico... a salvaguardia della propria integrità psichica » (BASAGLIA).

E' da notare infine la mancanza di reazioni ansiose e di un potenziamento di contenuti emotivi spiacevoli: il che conferma ulteriormente anche da un punto di vista farmacopsichiatrico la sostanziale diversità delle strutture anancastiche o ossessive pure (disposizioni primarie ed originali, scarse di risonanza ansiosa secondo BELLONI e BASAGLIA) e di quelle fobico-ansiose, dove predominano l'astenia e l'insicurezza. Le stesse affermazioni del paziente sulla relatività appaiono in questa luce ben comprensibili: l'Assoluto, l'anancasmo puro è ciò che dà sicurezza, l'impossibilità di vivere e di pensare ossessivamente è il Relativo, il mondo contingente, che, com'egli

afferma, lo « disarmo », lo « atterrisce »: l'anfetamina gli ha dato la momentanea possibilità di provare questo assoluto in senso psicologico, proprio attraverso la impressione soggettiva di una realizzazione delle proprie tendenze perseveratorie.

B) LSD 25

Dopo alcuni giorni il paziente venne sottoposto, secondo le finalità già da noi esposte, a 5 trattamenti di LSD 25. Condensiamo in un'unica descrizione le manifestazioni e gli effetti del farmaco, in quanto essi sono stati simili e sovrapponibili nelle 5 sedute praticate.

La sintomatologia ha inizio con un irrefrenabile e inspiegabile bisogno di ridere; asserisce che ogni cosa è capace di stimolare in lui il riso e non può fare nulla a causa di tale inceppo, non riesce a vestirsi, a mangiare. Questo aspetto è più evidente nelle prime esperienze, quando le dosi non sono ancora elevate, mentre nelle susseguenti appare solamente nelle fasi iniziali; all'acme della sintomatologia psicotossica, il paziente rimane in letto, immobile, l'espressione del volto attonita, in atteggiamento che somiglia a quello dello « stupor maniaco ».

Interrogato, parla precipitosamente, senza seguire un filo preciso, compiendo atti e movimenti ripetuti e monotoni (come muovere il capo in su ed in giù, roteare la mano), quasi a tipo di stereotipie.

E' costretto a seguire i suoi pensieri, senza però riuscire ad afferrarli. Nello stesso tempo si accentua il bisogno di risolverli e quindi i tentativi di risoluzione con le « standardizzazioni » si fanno incessanti, ma non approdano a nulla perchè tutto si svolge con estrema rapidità; ogni rappresentazione appare ful-

mineamente ed altrettanto subitaneamente sparisce, non gli è possibile precisare ed egli pertanto «rinuncia», definendo tale atteggiamento mentale come un particolare senso di «tralasciamento».

«Mi sembra di essere sottoposto al supplizio di Tantalo... i pensieri mi vengono alla mente incessantemente e con essi il bisogno di precisarli... ma poi tutto sfugge... ormai tutto è aperto... ho preso la droga alle 9,55, no, alle 10; debbo sapere quando l'ho presa. Ma no, che me ne importa! Ho dovuto precisare per tutta la mia vita, ora basta».

In altri momenti egli dichiara: «Mi è sembrato di vivere in un clima di irrealtà, in cui il mondo si è allontanato da me: pur mantenendo qualche contatto con me stesso, mi è capitato di vedere, come dall'esterno, una persona in preda ad una esasperazione di precisazioni».

L'azione della LSD nel giro di 6-8 ore si attenua gradualmente nelle sue manifestazioni esteriori.

La sintomatologia presentata durante l'intero periodo dell'attività del farmaco può essere così riassunta descrittivamente:

1) Fenomeni psicosensoriali patologici, scarsi e limitati a rare allucinazioni elementari come bagliori, punti e linee luminose, ecc.

2) Rievocazione di materiale mnemonico (di data recente o antica) assente.

3) Disturbi cenestopatici e neurovegetativi a tipo di astenia, pesantezza al capo, vertigini, nausea, calore e rossore al volto, midriasi.

4) Variabilità e susseguenza di espressioni mimiche, alternantisi fra di loro con rapidità e sintetizzabili nelle seguenti: in un primo tempo tensione, attesa, apprensione e disappunto, in un secondo

tempo scoraggiamento e quindi calma e rassegnata rinuncia.

Il comportamento motorio si concreta ora in immobilità, ora in gesti monotoni e reiterati, ora in modico eccitamento che spinge il paziente a deambulare un po' irrequieto.

5) A carico della sfera affettiva scarse le manifestazioni di vera e propria ansia; più caratteristico un alternarsi di momenti di disagio e di irrequietezza connessi ai tentativi di risoluzione delle pulsioni coatte con periodi di rinuncia e di abbandono. Frequente un senso di irrealtà e di depersonalizzazione. In sostanza una modica accentuazione dello stato di tensione abituale la cui estrinsecazione mimico-gesticolatoria non corrisponde alla sofferenza soggettivamente dichiarata dal paziente.

6) A carico del pensiero, rapidità, fugacità e frammentarietà con cui le rappresentazioni mentali si svolgono; soprattutto sono compromesse le standardizzazioni.

Ne consegue quindi una estrema frammentarietà, incompletezza, fugacità e scarsa consequenzialità delle espressioni verbali: in una parola è evidente la mancanza delle abituali susseguenze di associazione e di concatenamento dei pensieri ed una estrema instabilità dei contenuti di pensiero nella loro persistenza nel campo della coscienza.

Pertanto il fatto più caratteristico prodotto dalla LSD è stato *lo scompaginamento e la impossibilità di elaborazione dei meccanismi anancastici*; il paziente non è più in grado di soddisfare e di completare quelle precisazioni e quelle standardizzazioni che rappresentano per lui un mezzo protettivo di fronte al bisogno profondo, primitivo, insopprimibile di puntualizzare, di ripetere insomma, che sempre persiste.

Ma il farmaco gli toglie la possibilità di farlo ed i mezzi necessari di effettuazione. Si verifica allora, per mezzo della LSD, una sorta di polverizzazione dei meccanismi ripetitivi, secondari, che determina un senso di impotenza, di stanchezza e di inutilità, per cui egli «tralascia» la complicata e faticosa opera di precisazione mentale.

Tale tralasciamento appare pertanto secondario.

Si precisa così anche sotto l'azione del farmaco la strutturazione del pensiero morboso: le standardizzazioni, rapide «revisioni di pensiero» rappresentano epifenomeni coatti di difesa e come tali secondari e derivati dal bisogno di precisare che persiste e si presenta come fatto primario ed essenziale: infatti durante il periodo in cui le «revisioni di pensiero» non erano possibili, comparivano quei movimenti iterativi già descritti, quasi essi rappresentassero un mezzo di traduzione e di sfogo motorio della «coazione primaria», non soddisfatta sul piano ideatorio.

Il paziente, dopo questo primo ciclo di LSD, appare assai più disteso e tranquillo del solito; probabilmente la temporanea rottura del modo difensivo di pensare coatto gli ha fatto intravedere la necessità e la utilità di un «rilasciamento» basato sulla noncuranza ed indifferenza nei riguardi della elaborazione anancastica dei propri temi di pensiero (le precisazioni, le standardizzazioni, ecc.). Inoltre gli elementi depersonalizzanti-derealizzanti ed anche quelli di shock, rilevati durante l'azione della LSD possono aver contribuito, come già è stato notato (GIBERTI, GREGORETTI e BOERI) al miglioramento osservato, pur non essendo possibile precisare l'importanza singola di tali fattori.

Persistono tuttavia i tratti fondamen-

tali di una personalità meticolosa e puntualizzatrice e la struttura anancastica di fondo rimane logicamente invariata, mentre quelli che potremmo chiamare gli epifenomeni morbosi sembrano assai attenuati e vissuti con scarsissima partecipazione.

C) LAE 32

In un periodo successivo, a distanza di alcuni mesi, il paziente viene nuovamente ricoverato per l'accentuarsi della sua sintomatologia. Prima di ripetere un secondo ciclo di LSD, si propone al paziente un trattamento con un nuovo farmaco, la monoetilamide dell'acido lisergico (LAE 32), nel tentativo di constatare una sua eventuale azione terapeutica. Il paziente accoglie assai favorevolmente questo nuovo tentativo terapeutico. Egli viene pertanto sottoposto a 3 somministrazioni di LAE 32, seguite, valutate e riassunte con modalità analoghe a quelle della LSD.

L'azione del farmaco si fa sentire all'incirca 10 minuti dopo l'assunzione. Il paziente avverte un senso di «metallo allo stomaco», nausea, capogiri, astenia intensa, per la quale è costretto a sdraiarsi sul letto (fase vegetativa iniziale).

E' languido, si muove mollemente, parla a fatica, a tratti, spesso si interrompe; le frasi non sono mai complete, quasi che ad un certo punto gli mancassero le parole o gli argomenti. Ha assunto ad un certo momento un atteggiamento mimico di negligenza ed indifferenza, che però non sempre trova riscontro nelle sue asserzioni. L'acme della sintomatologia viene raggiunto dopo un'ora circa e permane un'altra ora. Poi gradatamente si attenua. Alla quinta ora all'incirca dalla somministrazione del farmaco non rimane che qualche piccolo disturbo vegetativo.

Soggettivamente il paziente avverte un

sensu di distensione che « si trasmette al cervello ». In lui c'è l'oblio, il vuoto. « C'è una tendenza a tralasciare di affrontare il senso incombente della vita senza approfondirlo... non riesco a tornare indietro, a preoccuparmi di non essermi preoccupato; se non c'è il senso della preoccupazione non c'è il senso della vita ».

Ad un certo momento sbuffa, diviene irrequieto, lamentoso, appare diviso da due opposte tendenze e cioè da un lato dal desiderio di por fine all'incombenza dei meccanismi coatti e dall'altra dalla necessità di non rinunciarvi, in quanto fenomeni per lui vitali.

E questo secondo aspetto prende il sopravvento nelle sue determinazioni, perchè, ad un certo punto, appare evidente un netto atteggiamento difensivo verso lo stato in cui si trova a causa del farmaco, verso le sensazioni che prova.

« In questo modo non perdo solo la malattia, perdo la vita, perdo me stesso, la verità... vorrei ragionare, ma c'è un senso di allontanamento che non voglio affatto, che non è mio, che non sono io... soffro più di questa stolidezza che della esasperazione dell'introspezione con la LSD ».

E' diminuito il « senso », cioè la coercizione dello stimolo, la coazione primaria che lo spinge a precisare fino all'esaurimento; la tendenza a tralasciare si è impadronita di lui; egli la rifiuta e non l'accetta perchè: « non c'è nemmeno il senso della preoccupazione di quello che mi sto domandando; vorrei ragionare ma c'è un senso di allontanamento, di riposo che io non voglio affatto, perchè è contrario a me... non riesco ad andare indietro con la memoria ».

E quando viene interrogato sugli effetti terapeutici della droga, questo rigetto della situazione in cui si è venuto a trovare per l'influsso farmacologico,

trova conferma nella dichiarazione: « Il miglioramento apportatomi dal farmaco non è reale, ma si effettua nel senso da voi voluto. Infatti svolgo le artificiosità del pensiero di primo acchito, grazie ad un senso di debolezza e di rilassamento. Ed è per questo che non apprezzo il miglioramento; perchè il senso di passare oltre non si limita alle standardizzazioni, ma a tutto il pensiero ed è proprio questo che non mi piace ».

La LAE ha prodotto una situazione di rilasciamento e di distensione generale, fisica e psichica, evidenziata sia nell'attività motoria, sia nei meccanismi di pensiero e caratterizzata da una parte da una riduzione dei movimenti spontanei, da un cospicuo rallentamento nella loro esecuzione, da una leggera incoordinazione motoria e dall'altra da un rilassamento dei poteri associativi sino quasi ad una impossibilità di pensare, un blocco del pensiero, per usare le sue parole.

Da un punto di vista affettivo egli provò uno stato assai intenso di apatia primitiva, di indifferenza, di « tralasciamento », egli dice; cioè di abbandono e di accettazione quasi fatalistica di qualsiasi situazione di vita che gli si fosse presentata in quel momento.

Queste circostanze però finivano col privarlo dell'unica possibilità di vivere, col distruggere quella sola ed onnipotente spinta che rappresenta per il paziente la ragione della sua esistenza e che sembra salvarlo dal naufragio definitivo: il bisogno fondamentale di precisare, di raggiungere la verità e di mettere tutto in chiaro attraverso la reiterazione costituisce la forza del suo pensiero: il farmaco gli toglie tale spinta e la possibilità di un qualsiasi tipo di atteggiamento ripetitivo.

Questo fatto viene assai spiacevolmente vissuto e provoca in via reattiva un

atteggiamento di insofferenza, di protesta e di rifiuto verso una condizione sofferta come minaccia alla sua integrità personale, come attentato agli elementi modali essenziali, anancastici, costituenti il suo unico modo di declinarsi.

Si produce quindi un effetto psichico secondario (BAZZI), inteso cioè come una reazione psicologica soggettiva alla attività primaria del farmaco.

Riassumendo la LAE ha prodotto nel caso in esame, come effetti primari:

- 1) Assenza di alterazioni percettive.
- 2) Rilassamento e rallentamento dei meccanismi di formazione e di evoluzione del pensiero e soprattutto un caratteristico impedimento dei meccanismi ripetitivi.
- 3) Fenomeni di depersonalizzazione-derealizzazione.
- 4) Atteggiamento affettivo caratterizzato da indifferenza, apatia e diminuito contatto con l'ambiente.
- 5) Azione deprimente e profondamente astenizzante e, genericamente, in senso lato, sedativa.
- 6) Assenza di effetti terapeutici validi e duraturi; anzi il farmaco suscita in via secondaria una reazione psicologica di ribellione e di rifiuto.

Tali effetti (ci riferiamo ai primi 5 punti) sono in parte sovrapponibili a quelli osservati da SOLMS e da CALLIERI, nel puro ambito sintomatologico, in altri tipi di pazienti.

D) Secondo ciclo di LSD 25

Data l'inefficienza terapeutica della LAE, il paziente 9 giorni dopo venne sottoposto ad un secondo ciclo di somministrazioni di LSD. Il trattamento fu sospeso alla seconda somministrazione, per il rifiuto del paziente a continuare la cura.

Nel riferire gli effetti di questo secondo ciclo, saranno menzionati unicamente i dati psicopatologici più significativi ai fini della presente ricerca.

In entrambi i trattamenti il comportamento e la condotta del paziente non sono apparsi notevolmente alterati: è evidente soltanto un certo distacco dall'ambiente ed una notevole limitazione delle comunicazioni verbali.

Si è ripetuta la sofferenza provocata dal fatto che: « Il pensiero corre troppo svelto ed io mi trovo a doverlo inseguire ma non riesco ad afferrarlo, a precisarlo... in me c'è una tendenza a tralasciare, senza affrontare il senso incombenza della vita. Questo mi fa soffrire, perchè mi provoca alla fine un tralasciamento che io non voglio. Vorrei poter esaurire le ossessioni, le standardizzazioni, ma non ci riesco. Non posso percepirle, esse sfuggono, il pensiero mi sfugge, corre, debbo tralasciare ».

Il fatto più saliente cioè è stato costituito da una reazione spiacevole agli effetti puramente farmacologici (senso di stordimento, difficoltà di espletare i propri pensieri ecc.) del tutto analoga, se non identica, a quella dimostrata durante l'azione della LAE.

Infatti il farmaco, scompaginando gli elementi secondari della sintomatologia anancastica, quali le « ossessioni del pensiero » e le « standardizzazioni », ha determinato, come nel primo ciclo di LSD, l'insorgenza di uno stato d'animo pervaso dal senso di « tralasciamento » e di impossibilità a portare a termine i meccanismi difensivi coatti: ma tale senso di tralasciamento, siffatto disinteresse e trascuratezza nei confronti delle coazioni di difesa viene vissuto in modo del tutto differente rispetto al primo ciclo, favorevolmente accettato allora, avvertito ora con animosità e rivolta.

Mentre nel primo ciclo il «tralasciamento» era sperimentato come una via d'uscita, di rassegnata salvazione, ora tale sentimento viene rifiutato in quanto impedisce il soddisfacimento della coazione fondamentale.

Ora invece il senso secondario di «tralasciamento» viene sentito come fenomeno più impellente ed essenziale, minaccioso e terribile ed è pertanto energicamente rifiutato e rigettato come «contrario a me».

Parrebbe quindi che il paziente abbia vissuto come primitivo e fondamentale ciò che in effetti non era che secondario, come se la LSD 25 avesse fatto rivivere di nuovo gli effetti primari e caratteristici, astenizzanti della sintomatologia monolisergica avendone risvegliato il doloroso ricordo.

Il paziente, ignaro del cambiamento del farmaco ed ancora memore delle sofferenze subite durante l'azione della LAE, si sofferma soprattutto sulla sensazione di «tralasciamento» che, pur sotto diversi aspetti, egli aveva provato con ambedue i farmaci.

In effetti, la caratteristica più saliente e comune a queste due ultime esperienze LSD si concreta in un netto atteggiamento di difesa e di protesta, che si evidenzia con frasi come questa: «Nel senso da voi voluto sto bene, ma è contrario a me». Più tardi, qualche giorno dopo, dirà: «Sotto l'azione del farmaco non volevo parlare, per non darvi la soddisfazione di farvi capire che io pensavo nel modo da voi suggerito, che tralasciavo».

A questo punto e per tali ragioni il paziente non vuole più continuare il trattamento e viene dimesso in condizioni stazionarie.

* * *

Prima di concludere, è opportuno permettere alcune nozioni che si sono venute

precisando con l'evoluzione delle conoscenze sugli stati ossessivi: lo studio psicopatologico ha portato ad una chiarificazione della concezione di JANET ed all'isolamento dalla psicastenia di «gruppi sintomatologici che i concetti nosologici tendono a separare» (GASTALDI).

Si possono cioè distinguere nelle sindromi ossessivo-fobiche due gruppi, i quali avrebbero un contatto solo sintomatologico, ma differente meccanismo patogenetico (BASAGLIA).

Da un lato sarebbe il vero ossessivo, l'anancastico puro nel quale la spinta ossessiva, primitiva, costituisce l'aspetto che caratterizza tutte le sue manifestazioni e, seppur spiacevole, viene accolta come l'unico mezzo d'estrinsecazione della propria personalità, come difesa alla propria integrità individuale. Il soggetto, «...nel tentativo di allontanare la sua coazione, ne diventa preda attraverso un infinito gioco di cerimoniali, in un cerchio vertiginoso, incoercibile, imperativo» (BASAGLIA). Sono poi questi i casi cui viene attribuito il termine di «psicosi ossessiva» secondo la concezione di BELLONI, il quale sostiene, a giusta ragione, che segno distintivo di queste forme sarebbe lo scarso valore della componente ansiosa, che risulterebbe abolita o per lo meno notevolmente ridotta.

Dall'altro lato si troverebbero quei casi nei quali i meccanismi ossessivi sorgerebbero «...come compensazione ad un cumulo di altri sintomi primitivi ad essi» (BASAGLIA), secondari ad un affievolirsi della «tension psychologique»; sono quei casi di psicastenia nei quali è spiccata la componente ansioso-emotiva che sottende e determina, proporzionalmente al senso di insicurezza e di disagio interiore, i meccanismi ossessivo-fobici. In questi casi il radicale astenico di fondo può esser considerato nucleo psicopa-

tologico fondamentale e fattore importante nella produzione dell'ansia, come in effetti l'indagine farmacopsichiatria ha confermato nel caso precedentemente descritto da GIBERTI e BOERI.

Orbene, quali conclusioni possono suggerire nel paziente qui esaminato i nostri tentativi di impiego di farmaci psicomimetici?

E' evidente che il nostro caso appartiene al primo gruppo: la valutazione degli effetti psicofarmacologici nel caso considerato, mentre non ha fornito risultati notevoli in senso terapeutico, ha permesso di precisare e di confermare alcune caratteristiche fondamentali della struttura anancastica.

1) L'anfetamina viene favorevolmente accettata e sentita in quanto, attraverso il potenziamento e la stenizzazione dei meccanismi anancastici, dà l'impressione al paziente di esaurire e di completare la reiterazione e le tendenze ripetitive e puntualizzatrici; ciò dimostra il carattere di fenomeno fondamentale ed essenziale che la coazione riveste per il paziente, quale unica possibilità di rappresentarsi nell'esistenza. Il benefico effetto dell'anfetamina si compendia per il paziente nella possibilità di poter «completare» e di poter «concludere».

2) L'azione della LSD 25, mediante la destrutturazione dei meccanismi ripetitivi secondari, quali le standardizzazioni e le «ossessioni del pensiero», ha evidenziato una gerarchia delle formazioni coatte: alla base esiste la coazione primaria, dalla quale derivano in un susseguirsi di meccanismi «a catena» i fenomeni reiterativi secondari. L'esperienza con LSD è importante perchè conferma l'esistenza di reiterazioni secondarie non essenziali, che sono prodotti di «economia» e tentativi di risoluzione

della tendenza ripetitiva fondamentale. Per tali reiterazioni di ripiego possiamo ammettere con CALLERI e DI BIAGIO « un carattere puramente secondario, di difesa e di adattamento ».

La LSD ha tolto ad esse quelle note di impellenza e di imposizione fastidiosa, rendendole ineffettuabili, pur persistendo la tendenza ripetitiva primaria: la constatazione della incapacità farmacologicamente indotta ad elaborare secondariamente i meccanismi ripetitivi ci spiega come il paziente cerchi una «via d'uscita» abbandonando ed evitando il gioco ripetentesi all'infinito delle precisazioni e delle puntualizzazioni susseguentisi: egli tralascia, è «esausto», non precisa più.

Ma rimane in fondo un insoddisfatto; il miglioramento non può essere che temporaneo, perchè l'elemento fondamentale che sottende il suo psichismo, la necessità di reiterazione, la coazione primaria, è sempre presente.

3) La LAE è apparsa da un punto di vista fenomenologico, ancor più importante. Ha accertato in pieno la natura primaria ed essenziale della reiterazione: distrutta quella, nel paziente sembra esistere il nulla, una sorta di apatia esistenziale ed abissale. Non c'è ansia nè insicurezza: il paziente viene privato del suo unico modo di pensare e di concretarsi come individuo. Ecco perchè egli si ribella così energicamente al trattamento, a qualunque trattamento tenda a modificare il suo «modo ripetitivo», sofferenza inevitabile, ma insieme inderogabile necessità vitale.

Pertanto la tendenza a ripetere nel nostro paziente può proprio essere considerata una «manifestazione energetica istintiva» (CALLERI e DI BIAGIO) primi-

tiva e afinalistica: in essa si realizza, o meglio, tenta di realizzarsi il paziente.

Appunto perchè tentativo infruttuoso già nei suoi caratteri (in quanto la reiterazione non si esaurisce, nè mai si completa) il paziente soffre e nella sofferenza riesce, se pure in modo abnorme, a qualificarsi come persona nel mondo.

4) La eventuale presenza di situazioni conflittuali inconscie (del resto fu inutilmente tentata un'interpretazione dinamica degli avvenimenti infantili descritti in anamnesi) non sembra infirmare la peculiarità delle caratteristiche modali anancastiche del paziente o smentire l'esistenza di una primitiva e costituzionale tendenza alla ripetizione: senza di essa il paziente non riesce a vivere. Il meccanismo reiterativo è il fenomeno elementare ed essenziale del suo accadere psicologico e potrebbe considerarsi una « disposizione primaria dell'energia psichica alla pura reiterazione » (CALLIERI e DI BIAGIO).

Dalla primitiva pulsione egli ha elaborato tutta la sua vita attraverso un intrecciarsi di altre coazioni, l'una che cerca di eliminare l'altra, finchè egli diventa schiavo del suo pensiero.

La coazione primaria, l'anancasmo puro, questo impellente bisogno di ripetere e di precisare, è quindi essenziale alla sua esistenza. Egli non può perderla, così come non può perdere il suo mo-

do di pensare, unica possibile fonte di soddisfazione, di completamento da cui emanano tutti gli appigli per la sua integrità personale. Tutto per lui si manifesta, si risolve solo nel pensiero coatto, ripetuto all'infinito, in questo schiavo-padrone, rigido e perseverante che dà carattere e fisionomia a tutta la sua esistenza.

Ogni esperienza, psicoterapica, vitale, farmacologica, che alteri in qualche modo tale sua condizione viene rifiutata e rigettata.

L'indagine psicofarmacologica attesta che il suo mondo affettivo e le sue possibilità di risonanza emotiva, già di per sé irrigidite e coartate, si concretano in una sorta di astratto, insopportabile annientamento solo quando non gli è possibile di vivere secondo il primitivo ed obbligatorio anancasmo.

L'atteggiamento di fronte all'ormai odiato e temuto « tralasciamento », il rifiuto della cura e di « quel » miglioramento confermano ancora una volta che: « Io debbo sentirmi con le spalle al muro; debbo essere circospetto e non concepisco di vivere senza premunirmi alle spalle; ho paura di andare avanti senza guardarmi indietro. Debbo dire quello che è vero, debbo spiegare tutto perchè questa è la mia vita » (1).

(1) Pervenuto in Redazione il 20 giugno 1957.

RIASSUNTO

Gli AA. hanno sperimentato l'azione della metedrina, della LSD 25 e della LAE 32 in un caso di « psiconevrosi ossessiva » di notevole gravità e di antica data.

Esposti i protocolli delle esperienze farmacopsichiatriche, che mettono in luce le differenti azioni primitive e gli « effetti psi-

chici secondari » dei tre farmaci, vengono riferite alcune considerazioni dalle quali si evidenzia l'utilità dell'impiego di tali farmaci per l'approfondimento e la conoscenza psicopatologica del « disturbo ossessivo », tanto da un punto di vista fenomenologico che nosografico.

SUMMARY

Psychopathological effects of methedrine, LSD 25 and LAE 32 in a severe and long lasting case of obsessional neurosis are referred.

After an explanation of the different primary and secondary psychological effects of

the three drugs, a discussion of the usefulness of these drugs in order to elucidate the psychopathological, phenomenological and nosographic aspects of the « obsessive mechanism » and its psychopharmacological approach is given.

BIBLIOGRAFIA

BASAGLIA F.: Contributo allo studio psicopatologico e clinico degli stati ossessivi. Rassegna di studi psichiatrici, XLIII, 2, 1954. — BAZZI T.: Sull'impiego di farmaci in corso di psicoterapia. Esperienze con preparati sedativo-ipnotici. La Clinica terapeutica, 9, 1, pag. 28-30, 1955. — BAZZI T.: Reserpina e psicoterapia. Arch. Psicol. Neurol. e Psichiat., suppl. XVII, pag. 563, 1956. — BELLONI G. B.: Neuropsichiatria. Ed. CEDAM, Padova, 1948. — BELLONI G. B.: Le astenie. Arch. Psicol. Neurol. Psichiat., fasc. III, pag. 374, 1953. — BELLONI G. B.: Intervento all'XI Congresso di Neurologia, Napoli 1952. Acta Neurologica, 1952. — BINI L. e T. BAZZI: Le psiconevrosi. Ed. Abbruzzini, Roma, 1949. — CALLIERI B.: Un nuovo farmaco psicomimetico: la etilamide dell'acido lisergico. La Clinica Terapeutica, 8, 2, 174-179, 1955. — CALLIERI B. e F. DI BIAGIO: Meccanismi e ritmi ripetitivi in psicologia e psichiatria. Arch. Psicol. Neurol. e Psichiat., XVIII, 2, 107-124, 1957. — FAVEZ-BOUTONIER

J. e LANTER R.: La psychonévrose obsessionnelle. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 37370 A10. — GASTALDI G.: Questioni di terminologia, di psicopatologia e di psicodiagnostica, etc. Relazione al XXVI Congresso Naz. Soc. Ital. Psichiatria, Il Lav. Neuropsich., XIV, II, 299, 1954. — GIBERTI F.: La Weckanalisi etc. Sistema Nervoso, 289, 6, 1954. — GIBERTI F. e GREGORETTI L.: Considerazioni sulle possibili applicazioni farmacopsichiatriche della LSD 25. Accademia Medica, LXX, 204, 1955. — GIBERTI F., GREGORETTI L. e BOERI G.: L'impiego della dietilamide dell'acido lisergico nelle psiconevrosi. Sistema Nervoso, 191, 4, 1956. — GIBERTI F. e BOERI G.: Studio farmacopsichiatrico di un caso di nevrosi foliatico-ansiosa. Sistema Nervoso, fasc. 3, 1957. — SOLMS H.: Psychoses provoquées artificiellement. (Leur importance dans les recherches récentes sur la schizophrénie). Médecine et Hygiène, 12 annata, n. 260, 15 febbraio 1954.