

# 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) - LUNEDEI 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. - COCORNO A. - DAVINI V. - DE NECRI M. - FERRARIS M. - GHERARDUCCI 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 NEVROSI FOBICO-ANSIOSA (\*)

F. GIBERTI

G. BOERI

In un precedente nostro contributo (GIBERTI, GREGORETTI e BOERI) sono stati esposti i risultati di circa due anni di esperienze sull'impiego della LSD 25 nel trattamento di soggetti neurotici in corso di psicoterapia: tale tipo di farmacopsicoterapia utilizza — come già è stato detto — le particolari modificazioni psicopatologiche indotte dalla LSD, inseguendole, con opportune interpretazioni ed adeguati chiarimenti, nel lavoro di rieducazione psicoterapica parallelamente svolto.

Fu altresì precisato il valore complementare, ma indispensabile, dell'intervento psicoterapico e vennero pure esposti quegli aspetti e quei principii interpretativi del trattamento psicofarmacologico che ci sembrarono essere fondamentali per la comprensione della dinamica e delle basi teoriche di questo tipo di terapia farmacopsichiatrica.

Come è noto, altri AA., quali FREDERKING, SANDISON e Coll. ed ABRAMSON hanno riferito risultati in parte analoghi in tale ambito: SANDISON e Coll. si sono basati su in-

(\*) Abbiamo impiegato il termine « farmacopsichiatrico » nel senso più ampio e comprensivo, ponendo i concetti di « Psicofarmacologia » e « Farmacopsicologia » (DE BOOR), non ancora entrati nell'uso corrente, essere materia di discussione e forse di equivoco.

terpretazioni di derivazione junghiana nella spiegazione dei contenuti delle esperienze lisergiche; essi non escludono l'esistenza di « altre possibili vie » nell'interpretare il materiale prodotto durante le « interviste » lisergiche e fanno consistere il momento essenziale e determinante dell'azione della LSD in un « upsurge of unconscious material into consciousness ».

Secondo FREDERKING l'applicazione della LSD è utile nell'abbreviare un trattamento psicoanalitico e nell'interrompere « blocchi » affettivi o inceppi legati a ricordi rimossi: il meccanismo d'azione del farmaco è connesso ad uno « psychocathartic effect ».

ABRAMSON — riferendo un suo caso in cui la LSD « as an adjunct to psychotherapy » portò a risoluzione una complessa situazione neurotica — ritiene che la dietilamide dell'acido lisergico determini modificazioni nella struttura dell'Ego (Ego-depression and Ego-enhancement) tali da provocare una ricostruzione dell'Io e quindi un rinforzo delle funzioni integrative dell'Io stesso; tale processo viene dall'Autore definito « hebesynthesis ».

Da parte nostra si è cercato di definire alcuni aspetti psicopatologici che più sono apparsi importanti nella fenomenologia e nella dinamica dell'azione lisergica, inquadrandoli provvisoriamente nell'effetto depersonalizzante-derealizzante, in quello catartico e in quello di shock.

Nell'ulteriore studio del problema, sono stati ripresi in considerazione i proto-

colli delle precedenti esperienze e si è tentata una valutazione « individualizzata » e più profonda del trattamento con LSD attraverso una analisi critica ed una esposizione dettagliata dei dati raccolti in alcuni fra i casi più significativi.

Inoltre, ai fini di una più completa ed estesa indagine psicofarmacologica sono stati presi in considerazione e valutati gli effetti che altri farmaci psicoattivi (quali l'anfetamina, la clorpromazina, ad esempio) hanno prodotto nei singoli pazienti: le risposte ai diversi tipi di farmaci somministrati sono servite a puntualizzare e a precisare strutture, aspetti e meccanismi psicopatologici di notevole importanza, completando così con l'aiuto di un criterio farmacopsichiatrico, lo studio clinico dei casi in esame.

Il presente contributo si riferisce appunto ad un caso in cui il trattamento lisergico (\*) ha rivelato aspetti psicopatologici di insolito interesse ed ha dato esito ad un risultato insperato, data la gravità e la durata della sintomatologia morbosa del soggetto; il caso fu pure trattato con idrossizina, clorpromazina ed anfetamina.

## STORIA CLINICA DEL CASO

Esponiamo ora la storia clinica della nostra paziente e la evoluzione dei suoi disturbi sotto terapia lisergica, condotta secondo le modalità già riferite altrove (GIBERTI, GREGORETTI e BOERI).

Maria è una vedova di 49 anni; essa chiede il ricovero in Clinica perchè ormai da 6 anni è colpita da una imponente sintomatologia fobico-ansiosa che l'ha resa incapace di una qualsiasi attività e che la tiene pressochè di continuo in uno stato di angoscia e di inibizione impressionanti.

(\*) La LSD ci è stata gentilmente fornita dalla Ditta SANDOZ.

Nacque in un ambiente contadino delle valli di C.; qui visse fino ai 16 anni. Era allora di carattere allegro, sintonica, serena, benchè vivesse in condizioni economiche assai difficili, ultimogenita di dieci tra fratelli e sorelle; la madre, poco dopo la sua nascita, fu ricoverata in Ospedale Psichiatrico dal quale fu dimessa dopo un anno con diagnosi di sindrome paranoide. Non abbiamo notizie più dettagliate sulla malattia della madre.

Frequentò le scuole fino alla quinta elementare in modo però disordinato, lavorando nello stesso tempo nei campi.

In questo ambiente primitivo ha le prime esperienze sessuali: le prime masturbazioni a quattordici anni, quando fu iniziata a queste pratiche da una cugina di qualche anno più anziana di lei, i primi rapporti sessuali a quindici anni con un giovane vicino di casa, rapporti accettati piuttosto passivamente senza desiderio nè ribellione, considerati quasi una logica ed inevitabile conseguenza della particolare situazione sociale ed ambientale nella quale viveva.

A 16 anni emigra con la famiglia in Francia, a M., dove il padre dopo aver lavorato per tre o quattro anni, fu trovato assassinato in un burrone senza che si potessero conoscere mai gli uccisori nè il movente.

La vita in casa si era fatta sempre più difficile e dolorosa sia per le condizioni finanziarie sia per il progressivo decadimento della madre.

Conosce allora il futuro marito dal quale riesce a farsi sposare dopo molte lotte, quando già è incinta al quinto mese. Il matrimonio non migliora ma anzi aggrava la sua situazione familiare: il marito beve, la picchia, la insulta, « mi diceva sempre che ero matta figlia di matta, che sarei diventata matta come mia madre, che ero una carogna, una p... ». Inizia allora una relazione extraconiugale che dura per dieci anni, ma che si limita a sporadici rapporti sessuali senza, così lei dice, alcuna straordinaria partecipazione affettiva.

La vita coniugale diventa quanto mai aspra e difficile; anche nei rapporti sessuali col marito che sono subiti senza alcuna partecipazione.

Dopo qualche anno di questa vita difficile e infelice, la p. diviene ansiosa, insoune,

triste, ossessionata dalla paura di diventare anche lei come la madre. Tale stato dura alcuni mesi e poi a poco a poco col miglioramento delle condizioni ambientali la p. sta bene fino al 1950.

Intanto la situazione familiare si era fatta più tranquilla, le condizioni finanziarie erano migliorate, i rapporti col marito meno tesi ed anzi alquanto affettuosi.

Maria rimane sempre una persona alquanto apprensiva e « sensibile », ma ora è abbastanza serena, attiva, tutta tesa nel tentativo di far crescere le due figlie, che nel frattempo erano nate, in un ambiente diverso nel quale lei era cresciuta. Uniche preoccupazioni, la salute della madre che andava sempre peggiorando e una serie di sei o sette aborti autoprovocati.

Nel 1945, a 38 anni, torna con la famiglia in Italia; tutto sembra avviarsi nel migliore dei modi quando, nel 1947 fa la conoscenza e si abbandona alle attenzioni del giovane fidanzato della figlia, finendo per innamorarsene; con lui ha diversi rapporti sessuali ed anche in questi resta frigida. Continua ad esserne innamorata anche quando questi sposa la figlia, nonostante la lontananza dovuta al fatto che i due sposi vanno a vivere in Francia.

Con la partenza della figlia si cominciano a manifestare i primi sintomi: è dapprima un vago e generico senso di insicurezza, un ripensare sempre più penoso agli avvenimenti passati, in particolare le relazioni sessuali avute con quello che ora è il marito della figlia, una lieve insonnia. Poi la insicurezza diventa paura di non poter più accudire come prima alle faccende domestiche, lentamente si instaurano i primi fatti fobici ed ossessivi.

Le più comuni faccende domestiche devono essere ripetute più e più volte per il timore ossessivo che ciò che ha fatto sia, fatto in quel modo, causa di danno ai familiari: la preparazione dei cibi è interrotta e ripetuta sempre più frequentemente; la p. ha perfetta consapevolezza della morbosità di tale suo comportamento. Si manifesta poi il bisogno ossessivo di controllare e ricontrollare gli indumenti che ha cucito perchè teme di avervi lasciato degli aghi; poi ancora la « fobia della carne »: un giorno sente descrivere l'uccisione di un capretto con le pa-

role « sembrava un bambino » ed allora non riesce più a mangiare carne perchè, dice, « mi è venuta l'idea che la carne che mangio sia di persona umana, lo so che è assurdo... lo so che è di animale, ma questa idea non riesco a levarmela ». Inoltre quando esce di casa è costretta a compiere lunghe deviazioni per evitare i « tombini » delle strade.

Lentamente la sintomatologia si aggrava e le faccende di casa le diventano sempre più difficili e penose per la quasi completa impossibilità di compiere un qualsiasi gesto, provocata dalla paura che questo possa volgersi in danno dei familiari: giunge al punto di riempire e svuotare la pentola della minestra infinite volte prima di metterla al fuoco ossessionata dalla paura che l'acqua sia sporca, di non poter più prendere in mano gli indumenti dei familiari perchè il solo prenderli in mano significa sporcarli e renderli dannosi. E' curata con generiche terapie ricostituenti e sedative, e vive così tormentata tra alternative di peggioramenti e di lievi miglioramenti fino al 1955 quando, con la morte del marito, tutta la sintomatologia si aggrava ulteriormente.

Il marito muore sul lavoro di infarto cardiaco e alla sintomatologia preesistente si aggiunge il dubbio ossessionante che il marito non sia morto ma soltanto « svenuto » e sepolto quindi ancora in vita, il bisogno ossessivo di cercare testimonianze sulla realtà della sua morte, il terrore fobico di avvicinarsi alla sua tomba.

Soprattutto si accentua il terrore di fare con qualsiasi suo gesto del male alla figlia più giovane. Passa ormai tutte le giornate pressochè immobile, torturandosi e piangendo, incapace di iniziare una qualsiasi attività.

E' sottoposta ad un ciclo di 12 E.S.: questi non producono alcun miglioramento, anzi, dai deficit mnemonici che ne derivano trae nuova materia per alimentare i dubbi riguardanti la morte del marito.

Intraprende poi un trattamento psicoterapico con narcoanalisi anch'esso infruttuoso.

Quando giunge in Clinica è profondamente ansiosa, piange, si tormenta le mani, resta quasi sempre a letto, rifiuta ogni alimento che rechi tracce di carne, è dominata in ogni momento della giornata dai fatti fobici: il timore di fare del male alle figlie

si è esteso ormai a tutte le persone che le sono accanto. « Non riesco a far niente per nessuno, se mi dicessero: vedi quella persona che ti è accanto, morirà se non le dai un bicchiere d'acqua, la lascerei morire e ne morrei dal rimorso, ma non potrei aiutarla ».

L'esame neurologico è negativo, così l'esame internistico, i dati di laboratorio, l'EEG. Viene trattata con diversi mezzi farmacologici (idrossizina, cloropromazina, anfetamina) ma con effetti puramente sintomatici, utili alla valutazione psicopatologica del caso — come vedremo oltre — ma inefficaci come terapia risolutiva.

La cura con cloropromazina inoltre è stata sospesa anche per l'insorgere di una sindrome extrapiramidale.

Continua ad essere sempre fortemente ansiosa, non riesce ad alzarsi dal letto, è quasi incapace di compiere il minimo gesto.

Si prospetta la possibilità di una leucotomia che la stessa paziente accetta e sollecita pur di porre fine allo stato nel quale si trova.

E' allora che si inizia la terapia con la LSD.

## EFFETTI DEL TRATTAMENTO CON LSD

Si inizia il trattamento con 70  $\gamma$  di LSD. La prima seduta non porta nuovi elementi, ma solo una sintomatologia aspecifica. Nei giorni successivi è invariata, non è ancora possibile il minimo approfondimento della situazione. E' sempre tormentata da tutta la serie dei fatti fobici ed ossessivi. Passa l'intera giornata a letto pressochè isolata, costretta nei momenti di maggior accentuazione della sintomatologia fobico-ansiosa ad una quasi completa inattività.

Dopo una prova con acqua distillata, prova negativa ai fini terapeutici, si somministra per la seconda volta la LSD (80  $\gamma$ ).

E' questa per Maria una esperienza più dolorosa e profonda della prima, vi-

ve in un'atmosfera di incertezza e di dubbio « *mi sembra di essere sospesa nel cielo senza potermi posare... non riesco a dominarmi... è tutto un turbine di pensieri... tanti pensieri come marionette...* » Ora rivive più nettamente e più distesamente il rimorso per l'avventura con il genero, e su questo punto accentra i ricordi e le riflessioni: « mi avete dato modo di accorgermi che sono ancora innamorata di mio genero ».

Il giorno dopo, nonostante sia ancora pressochè impossibile stabilire con lei un contatto psicoterapeuticamente utile per la presenza esclusiva e pressante dei fatti ansiosi e fobici, sembra, almeno esteriormente, più tranquilla e distesa.

Dopo una settimana si ripete la LSD con 120  $\gamma$ . E' questa l'esperienza più fortemente dolorosa: la p. è rallentata, piange, parla a fatica con lunghe pause: « è tutto un sorpassarsi di cose intorno a me... mi dicono — per quanto sei stata una buona madre? — *tutta una vita sbagliata... non c'è più niente da salvare... non ho forza di guarire o non ho voglia... non so. Mi sembra di contorcermi sotto un tortura... una giostra, gli aborti, tutte le altre cose... ho ricordato tutta la mia vita, l'ho rivista come in un film* ».

Cade in un lapsus che nei successivi approfondimenti apparirà molto significativo quando dice « ho sempre avuto paura di diventare matta ed ora lo sono, se no, come potrei essere innamorata di mia figlia... del marito di mia figlia? ». E' ora sulla figlia che si accentra l'esperienza lisergica: « mi sembra che mia figlia non mi appartenga più... la maestra le voleva tanto bene, io non voglio più niente da mia figlia, le ho già preso troppo ». Ricorda poi in termini allucinatorii le attività lesbiche della sorella. Due giorni prima erano state aggiunte alla terapia delle capsule polivi-

taminiche, ogni volta che doveva inghiottire la capsula era colta da brividi, vomito, lo stato ansioso si accentuava in modo notevolissimo; non sapeva darsi una spiegazione di questo.

Ora dice «i fagioli» (così lei denomina le capsule) «mi agitavano e non sapevo perchè, adesso mi ricordano di quando avevo quattro anni e un cugino mi prese sulle ginocchia, mi toccò e mi disse di non dir niente a nessuno, prima non mi rendevo conto di questo». Il giorno dopo accetta tranquillamente la capsula senza che si manifestino più in lei i fenomeni precedenti.

Intanto l'esperienza lisergica si svolge sempre sotto una netta impronta di sofferenza e di ripensamento: «Mi sembra che *la mia vita sia sempre stata regolata da un istinto bestiale... bestialità, sensualità*».

Elabora, poi, spontaneamente una spiegazione della fobia della tomba del marito: «*Avevo paura che da morto mi leggesse dentro i peccati*, allora pensavo di essere colpevole perchè non potevo pensare a lui, ora capisco che era l'inverso, *non potevo pensare a lui perchè ero colpevole*».

Verso sera è più tranquilla, parla con maggior scioltezza. «Ora mi sento più quieta, ho capito che la quiete la posso trovare in me stessa, da sola. *Mi sento più sicura di prima*, ho accentrato meglio la questione di mio marito, ora posso accettare la sua morte più affettuosamente».

Il giorno dopo Maria è più tranquilla, più serena, può discorrere dell'esperienza del giorno prima ed esprime la convinzione di non essere innamorata del genero: «Ieri tutto il resto mi dava paura o gioia, solo quando pensavo a lui ero indifferente, *quanto è successo ieri mi ha persuaso*».

Spontaneamente, a questo proposito,

formula l'ipotesi che la paura di essere ancora innamorata del genero potrebbe significare l'accentramento su uno dei tanti motivi di rimorso di altri, non ancora chiariti ma più importanti motivi.

Ora per la prima volta può pensare al marito tranquillamente ed affettuosamente: «Ora sono tranquilla, penso alla guarigione, penso alla sua tomba e vorrei vederla. Oggi addirittura ho desiderato di mangiare della carne!»

Nei giorni successivi il miglioramento si accentua e per la prima volta è possibile iniziare un incoraggiamento psicoterapico più efficace.

E' quasi convinta che proseguendo la cura potrà stare meglio e il giorno che la si invita a porgere un bicchiere d'acqua ad un'altra malata dapprima teme, poi si decide ed appare felice come di una grande vittoria della quale si affretta a far partecipi tutti coloro che le vivono accanto.

Intanto continua ad elaborare i ricordi scaturiti dall'esperienza lisergica collegandoli ai sintomi: la fobia dei «tombini» con il ricordo di una vicina di casa che in un tombino aveva gettato il feto dopo l'aborto; il vomito, sintomo attuale, con il vomito che la coglieva quando praticava gli aborti.

La quarta esperienza con 150  $\gamma$  di LSD è più povera di contenuti: Maria appare più rallentata ed inibita delle altre volte, a volte quasi subconfusa. Si ha appunto l'impressione che la notevole situazione psico-tossica impedisca in buona parte una più attiva e libera elaborazione ed estrinsecazione di dati utilizzabili psicoterapeuticamente.

Sempre più chiaro e pressante però l'accentramento delle rievocazioni e dei ripensamenti sui rapporti con la figlia che si intrecciano ancora confusamente con la sofferta constatazione del ruolo che l'istinto sessuale ha giocato nella sua

vita. « Se mia figlia non mi amasse più, se si staccasse da me... Ho sempre avuto paura di essere sopraffatta da un desiderio sessuale: forse perchè *la mia vita è stata sempre un continuo desiderio sessuale* ».

Sono le prime precise avvisaglie di quel processo di autoanalisi e di autocritica che porterà Maria ad una spiegazione, mai prima d'ora intravista, del suo stato di malattia.

Nei giorni successivi la sintomatologia ansiosa si è nettamente attenuata; dei fatti fobici ancora rimasti, molti sono intanto scomparsi, altri sono sentiti e sofferti in modo meno pressante.

Due giorni dopo ci viene a dire con le lacrime agli occhi che è riuscita a dare alla figlia un pezzo di cioccolato; erano anni che non riusciva a compiere un gesto del genere.

Intanto si è fatta più aperta, più disposta al colloquio, più accessibile alla elaborazione dei dati che volta a volta emergono dalle esperienze lisergiche e che nei giorni successivi formano l'argomento di conversazioni prima d'ora impossibili.

Ella stessa si rende conto dell'importanza sempre più evidente dell'esperienza lisergica nel processo di chiarificazione psicoterapica, e vi si sottopone con maggior fiducia.

Si giunge così alle due ultime sedute, entrambe con 100 γ, che riportiamo di seguito perchè strettamente collegate l'una all'altra, e nelle quali si sviluppa e si chiarisce il processo che porterà Maria alla guarigione clinica: alla completa scomparsa di tutti i fatti fobici ed ossessivi, al ritrovamento di quella serenità che ormai disperava di raggiungere.

Riteniamo altresì utile esporre insieme i dati ricavati da queste due ultime esperienze in modo più ampio e disteso riservandoci di esporre alla fine le no-

stre considerazioni sui probabili meccanismi di guarigione.

Sempre presente il sentimento di incertezza e di sofferenza che già ha contraddistinto le precedenti sedute. Ora non parla più del genere ma tutto il suo dire è rivolto verso la figlia. « Mi sento una grande incertezza... i nervi tesi come se dovessi lottare contro qualche cosa », poi piange e dice: « *sono una coniglia che ha fatto i figli ed ha paura di mangiarseli*. Vorrei che mia figlia fosse cattiva con me, che non mi volesse il bene che mi vuole. Sono tormentata dal pensiero del perchè mi ha preso questa paura di stare con mia figlia ».

Ha nausea ed un notevole senso di sbandamento e di tremore interno, ma afferma di sentirsi meglio rispetto alle altre esperienze lisergiche. « Mi sembra di avere di più, ma ho sempre bisogno di *sentirmi protetta*, di sentirmi *sotto la custodia di qualcuno*. E' mancato mio marito e mi sono trovata completamente scoperta ». Poi, tutti i ricordi ritornano ad accentrarsi sui rapporti con la figlia. E' tutta tesa a ricordare ed elaborare i dati che volta a volta le si presentano, è tutto un susseguirsi di ipotesi, di constatazioni, di spiegazioni: « se sto a letto mi pare che mia figlia sia più sicura, *eppure ho sempre desiderato che si sposi*, ma anche *ho paura di fare del male al fidanzato di mia figlia* ».

E' ora tutto un susseguirsi di ondate alterne di smarrimenti e di sicurezza, sia nel campo cenestesico: tremori, sbandamenti, calore, sicurezza, stabilità; sia in quello percettivo: pareti che tremano, oggetti deformati, senso di rimpicciolimento rispetto all'ambiente, aumento della luminosità dell'ambiente, ingrandimento rispetto all'ambiente, precisione e nitidezza dei particolari. Ad ognuno di questi momenti corrispondono dubbi, certezze, illuminazioni, ricordi, speran-

ze, scoramenti. « Mi sento tremare, mi smarrisco, c'è uno smarrimento in me rispetto a tutto... mi sembra di svegliarmi da un sogno e di ritrovare la strada che ho smarrito ».

Guardando le persone che le stanno intorno le vede dominate dalla sessualità e spiega: « perchè me ne sento dominata io... ci vorrebbe qualcosa che mi saziasse ».

Per la prima volta dal ricovero in Clinica ci racconta un sogno. La notte scorsa ha sognato che stava compiendo pratiche omosessuali; ora ricorda: « anche altre volte ho sognato di fare l'amore con una donna, adesso mi ricordo ». Talvolta nel sogno la donna sembra sua figlia « che sia per questo che ho paura di fare del male a mia figlia? » Le sembra di toccarla e che toccandola diventi un uomo; questa rappresentazione le provoca un'intensa sofferenza. « Sarò gelosa di mia figlia? Avevo paura a dormire con mia figlia, paura di farle del male, ed avevo il terrore dei coltelli e delle forbici, solo se erano tutti nel cassetto ero tranquilla ».

Più tardi, quando è già calma e tranquilla, dice che dopo la morte del marito, avendo sentito dei pettegolezzi su una donna del suo paese accusata di pratiche omosessuali « la mia sessualità insoddisfatta mi fece pensare che se ne avessi avuto l'occasione anch'io l'avrei fatto » e ripete « che sia gelosa di mia figlia? ».

Due giorni dopo la sesta esperienza lisergica fummo costretti a dimetterla per ragioni amministrative.

I fatti fobici ed ossessivi erano completamente scomparsi; scriveva alla figlia (erano tre anni che non riusciva a scrivere) di essere guarita. E' tranquilla, serena, felice di ritornare a casa, di riprendere la vita con la figlia.

Dopo un mese ci scrive: « Mangio be-

ne, faccio i miei lavori, ed aiuto mia figlia ».

A distanza di quattro mesi siamo informati che la paziente è sempre in buone condizioni psichiche.

Questa in breve la storia della nostra malata e la cronaca riassunta del suo trattamento con dietilamide dell'acido lisergico.

## CONSIDERAZIONI PSICO-PATOLOGICHE

I punti che sono apparsi meritevoli di una indagine retrospettiva e di ulteriori considerazioni critiche sono i seguenti:

- 1) Valutazione dinamica e psicopatologica del caso.
- 2) Analisi dei meccanismi e del significato delle esperienze lisergiche.
- 3) Considerazioni sull'azione psicofarmacologica di altre sostanze.

Il quadro clinico presentato dalla nostra paziente rientra in quello di una psiconevrosi fobico-ansiosa: troppo semplicistico apparirebbe classificare il caso come una forma di psicastenia intesa secondo JANET, dopo le critiche di BELLONI e le considerazioni limitative di GASTALDI, nè vorremmo entrare di proposito nella dibattuta questione del cosiddetto isterismo d'angoscia, di cui riconosciamo con RIGOTTI l'ambiguità e l'inconsistenza nosografica da un punto di vista strettamente psichiatrico. E' evidente nel caso di Maria la mancanza di una pura « coazione primaria »; pur esistendo fenomeni dall'apparenza coatta nel senso di GASTALDI, essi non costituiscono la parte più caratteristica e dominante delle condizioni psicopatologiche della paziente, nè paiono geneticamente e strutturalmente prevalenti e precedenti l'imponente pressione affettiva esistente nella paziente.



D'altronde esula dal tema del presente contributo un esame critico del problema dei meccanismi coatti ed una discussione di psicopatologia teorica riguardante i rapporti fra fobie, ossessioni e ansia (rimandiamo in proposito alla relazione puntualizzatrice di GASTALDI).

A noi interessa invece l'aspetto umano e «vitale» della nostra malata, lo studio delle sue relazioni modali e delle caratteristiche essenziali del suo errore nevrotico, la conoscenza cioè degli elementi fondamentali del suo «essere nel mondo» (CARNELLO): cercheremo in altre parole di vedere come essa abbia cercato di risolvere i propri problemi nei termini della quotidiana esistenza e quali aspetti abbiano caratterizzato la sua vita come esperienza profondamente umana ed individuale, al di fuori di una pura valutazione e discussione nosografica.

La situazione psicopatologica di Maria può essere ristretta descrittivamente in due termini: angoscia e fobie. In questi due aspetti, che costituiscono gli elementi sintomatologici fondamentali con cui la paziente si presenta all'osservazione clinica, si traduce la essenziale incapacità di Maria ad inserirsi nella sua esistenza prima di donna, poi di moglie e di madre. Nella valutazione della personalità della nostra paziente è evidente «un sentimento astenico della propria individualità» (BELLONI), basti ricordare frasi che, come la seguente, ricorrono frequenti nella paziente: «Ho sempre bisogno di sentirmi protetta, di essere sotto la custodia di qualcuno», così come appaiono netti quei tratti di insicurezza, di astenia, di labilità emotiva e di incompletezza, che costituiscono uno dei «radicali sintomatologici» (GASTALDI) del vecchio quadro della psicostenia janetiana.

I termini con cui Maria si esprime, il

racconto della sua passata esistenza, le considerazioni che ella rivolge alla propria vita ce la dipingono quasi come un personaggio zoliano, ma quello che più colpisce in lei è la scarsa o del tutto insufficiente elaborazione del suo modo etico: esso in effetti sembra esistere come inconsapevole e quasi ignorata istanza e appare soprattutto non vissuto in termini di risonanza affettiva. In altre parole la paziente, pur potendo avere una conoscenza teorica del bene e del male, non la vive come Erlebnis fondamentale: questo ella ci confermerà quando (nelle pause del trattamento lisergico) ammette di star male perchè «non riesco ancora ad odiare me stessa,... e così, mancandomi il rimorso, mi sembra di essere sempre colpevole... perchè è come se sentissi desiderio e non vergogna per tutto quello che ho fatto... Le porcherie della mia vita». La sua mancata realizzazione etica, l'incapacità a vivere secondo una norma fanno apparire la paziente come un essere sperduto in un gioco di passioni e di movimenti affettivi che non riesce a dominare e per i quali non sa trovare un principio direttivo ed una forma di adattamento. Ed i momenti fondamentali della storia di Maria ne sono una conferma e rappresentano un succedersi di eventi a carattere fallimentare che denunciano chiaramente il «modo» sbagliato e l'errore vitale con cui Maria affronta e cerca di risolvere i propri problemi: gli elementi modali che caratterizzano la sua condotta possono compendiarsi nell'abbandono e nella passività, modalità sostanzialmente «asteniche» (BELLONI), accettate come fonte di minor sofferenza e come fuga di fronte all'impegno morale (infatti — dice la p. durante una conversazione — «sto male per fuggire la responsabilità, ogni responsabilità»). Nell'offrirsi e lasciarsi prendere dal corso degli eventi traspare

l'impossibilità di un donare attivo e di una offerta consapevole e produttiva: Maria è sempre alla ricerca di una stabilità affettiva e di un ben definito modo di amare. Priva di un sicuro appoggio e di una finalità affettiva, nulla di duraturi viene da lei raggiunto, si verifica un ritorno passivo a posizioni deludenti, a soluzioni scontate e pericolose.

Potremmo dire con CARGNELLO che il problema di fondo di Maria è « una accesa tendenza ad accedere all'amore e, nello stesso tempo, una reale impossibilità ad accedervi ».

Così la fuga dall'ambiente parentale si risolve in una situazione coniugale negativa e disgustosa, così il tentato compenso di una relazione extraconiugale non giunge neanche al livello di un soddisfacimento fisico (« ...la mia vita è sempre stata un continuo desiderio insoddisfatto... è impossibile amare una donna come me... »).

Unico periodo felice è quello in cui deve educare le figlie: il suo amore ha qui uno scopo preciso e una corrispondenza consolante; le sue ansie sembrano placate nell'adempimento dei compiti materni. Ma la fragilità e la scarsa consistenza dei mezzi che la p. possiede nell'affrontare la vita, persistono e traspare sempre l'inadeguatezza a rispondere e ad impegnarsi eticamente nella sua realtà di donna e di madre (basti pensare alla precarietà dei rapporti familiari, alla serie di aborti autoprovocati): è quello che la p. conferma quando — nel corso di una esperienza lisergica — ella dirà: « Sono una coniglia che ha fatto i figli e che ha sempre paura di mangiarseli »; espressione significativa, in cui appare uno degli aspetti fondamentali della problematica affettiva della nostra paziente: l'amore verso la prole e l'incapacità di una offerta e di una dedizione totali o addirittura la possibilità di un rifiuto e di una

negazione del legame filiale (una delle sue più importanti « paure » è proprio quella di « far del male » alle figlie). Ma il tempo passa, le figlie son cresciute e non bastano più a riempire l'immediato bisogno di un « incontro » (BASAGLIA) ed il suo vuoto affettivo: l'amore verso i figli non è più sufficiente. La p. sembra combattuta e divisa da un richiamo a valori più duraturi ed assoluti e dalla necessità di soddisfazioni immediate e tangibili. Nella p. è sempre presente quel conflitto, di cui ella inconsapevolmente soffre « tra libera spiritualità e dipendenza psicofisica » (CARGNELLO): è incapace di essere madre e si sente fallita anche come donna. La conoscenza del futuro genero è il fatto nuovo che sembra provvisoriamente salvarla dalla constatazione del fallimento e dell'angoscia: Maria può tentare ancora di declinarsi, se non come madre, almeno come donna. Ma il tentativo è già vano in partenza, perchè illusorio e peccaminoso al suo solo proporsi. La p. si abbandona all'esperienza (« ...veniva in casa un giovane... io lo trattavo da mamma, refulando [sic!] nell'intimo il mio amore; fu lui che mi volle... »). Ma con la partenza del genero e della figlia, cominciano a manifestarsi i primi segni del conflitto latente. Priva di quell'ultima risorsa, fittizia ed inconsistente sul piano di una relazione esistenziale, Maria avverte in tutta la sua interezza la propria inutilità e l'inconsistenza del suo mondo affettivo.

Maria è ormai sola, anche se in casa rimangono il marito e l'altra figlia: nella figlia andata sposa sembravano essersi articolate le sue ultime possibilità di comunicazione, l'illusione di rivivere, identificandosi in lei, una vita migliore e di risolvere così una situazione altrimenti insopportabile (dirà poi la p. in una intervista lisergica: « ...ho avuto lo stesso pensiero, che la vita che sognavo

con mio genero fosse la vita che avrei voluto vivere da sposina... »). Maria non è riuscita ad essere sufficientemente nè donna nè madre: la conclusione nevrotica è ormai aperta e necessaria e la sintomatologia fobico-ansiosa insorge (possiamo dire con BASAGLIA) « come reazione ad una mancata estrinsecazione del proprio essere rispetto all'ambiente » ed alle proprie fondamentali istanze. Sono venute meno le considerazioni che potevano giustificare — se pure in maniera erronea, provvisoria ed eticamente inefficace — il suo esistere: anzi, Maria non soltanto ha perso la possibilità di una soluzione e di un compromesso, ma ha prodotto colpa e riprovazione che vengono ad aggiungersi alla penosa situazione di frustrazione affettiva.

Con la constatazione della sostanziale « insufficienza delle proprie prestazioni » (BASAGLIA), si palesa una profonda insicurezza, un vivo sentimento di colpa ed un intenso rimorso: compare l'angoscia; l'interno malessere e l'insopportabile disagio si concretano nei temi fobici. La diffusa atmosfera di colpevolezza che ora caratterizza la vita della nostra p. è tale proprio in quanto « sentimento di colpevolezza morboso » (CARGNELLO), poichè ella cerca « d'indicare in falsi motivi » (i temi fobici) « le sue pene » (CARGNELLO).

Maria nella angosciata ripetizione delle faccende domestiche ed infine nella incapacità a condurle a termine, esprime inconsapevolmente una autoaccusa esplicita: il timore di nuocere ai familiari, la paura di danneggiare i propri cari o di « sporcare » sembrano esuberantemente confermare e concretizzare il rimorso insostenibile di aver « già » commesso il male e la necessità di doverlo in qualche modo espiare. I sintomi che ora affliggono Maria possono considerarsi mezzi di espressione conflittuale e strumenti

autopunitivi: assolvono il duplice compito di evidenziare una colpa e di rappresentare una punizione, senza che la p. se ne renda sempre conto.

Per vivere, Maria deve soffrire e scontare, impedendosi di essere madre e donna di casa: perciò tutto quanto può rappresentare manifestazione di affetto o atto di consueta familiarità e di obbligo parentale diventa penosa costrizione e viene fobicamente vissuto.

La morte del marito attualizza ancor più il diffuso e acuto senso di colpa della p.: nuovi temi morbosi si aggiungono agli altri, più esasperata e concreta si fa la sofferenza. A nulla servono gli elettroshocks e i diversi tentativi terapeutici: la p. sembra cristallizzata e bloccata in una situazione senza scampo, in una angoscia ribelle e continuamente rinnovantesi. E' per tali ragioni che all'ingresso in Clinica si prospettò anche l'eventualità di un intervento leucotomico.

#### ANALISI DEI MECCANISMI DELLE ESPERIENZE LISERGICHE

Analizzando da un punto di vista formale le manifestazioni sintomatologiche presentate dalla paziente durante l'azione della LSD esse sono riassumibili nei seguenti termini:

1) Modificazioni notevoli nell'ambito della percezione (deformazioni percettive della realtà ambientale, variazioni di luminosità, ecc.): scarsa la produzione allucinatoria.

2) Cospicua rievocazione di abbondante materiale mnemonico.

3) Imponente accentuazione dello stato ansioso e dei contenuti affettivi più spiacevoli (senso di colpa, disperazione, sfiducia, paura, rimorso, ecc.).

4) Fenomeni di depersonalizzazione e di deformazione corporea.

5) Notevole sintomatologia cenestopatica e neurovegetativa (nausea, stanchezza, malessere generale, senso di calore e di freddo, sensazioni viscerali diverse, midriasi, arrossamento del volto, ecc.).

6) Comportamento sufficientemente corretto, ma esprimente notevole ansia, irrequietezza, bisogno di conforto e di amicizia; abbastanza frequenti crisi di pianto.

In complesso quindi un quadro realizzante un momentaneo e spesso imponente aggravamento della sintomatologia, e soprattutto un'accentuazione delle manifestazioni ansiose e delle componenti asteniche, assieme alle modificazioni abitualmente più caratteristiche dell'azione della LSD 25: i temi fobici sono apparsi ora disorganizzati, caotici, come esperienza soggettiva e come espressione formale, ora vissuti in maniera esasperata e paradossale, ora interpretati e compresi nella loro genesi.

Per quanto riguarda i meccanismi psicopatologici dell'attività lisergica (già illustrati in un precedente contributo) tutti e tre sono stati osservati nel corso delle esperienze con LSD.

Vi è stata inoltre una spontanea rielaborazione critica — in sede post-lisergica — delle esperienze provate sotto l'azione del farmaco — se pure in misura diversa in ciascun trattamento.

Ma l'insieme di tali dati non ci sembra certo sufficiente a chiarire e comprendere il valore ed il significato dei momenti e dei passaggi attraverso i quali si è realizzata la stabilizzazione del mondo affettivo di Maria. Particolari aspetti della personalità, nuovi modi di sentire e di valutare, si sono attualizzati nell'animo della nostra p.; anzitutto sono stati riconosciuti gli aspetti «negativi» della sua personalità: la p. ha visto assai chiaro in se stessa i motivi dominanti della sua condotta passata. Ella ha scoperto

la propria «menzogna esistenziale» (CARUSO) constatando dentro di sé il bene ed il male, ha scoperto cioè la «sua» eticità, il solo modo possibile di essere; ha capito il «suo» peccato («...è come sentissi desiderio e non vergogna per tutto quello che ho fatto»). Ha compreso di essere stata una cattiva madre: («per quanto tempo sei stata una buona madre... come posso dire di essere una madre... sono stata una madre snaturata... tutta una vita sbagliata... una giostra: gli aborti...») — si veda anche la significativa interpretazione della fobia dei «tombini»); ha avvertito in sé l'ambivalenza dei suoi sentimenti nei confronti della figlia: oggetto di un profondo amore e contemporaneamente di invidia, di gelosia e di astio per il suo avvenire di sposa fortunata e felice («ho sempre desiderato che mia figlia si sposi, ma ebbi anche paura di fare del male al fidanzato di mia figlia... che sia gelosa di mia figlia?... forse per questo ho paura di far del male a mia figlia»). Si è resa conto di aver sbagliato come moglie («ho sbagliato con mio marito, poi ho avuto un amante, poi mio genero...») e ha inteso il valore e la portata del suo atteggiamento fobico nei confronti del marito («avevo paura che da morto mi leggesse dentro i peccati; non potevo pensare a lui perchè ero colpevole»). Ora le fobie perdono il loro significato pauroso, scompare il senso di «colpevolezza morbosa», divenuto consapevole riprovazione, come tale positivamente accettata e catarticamente liberatrice: si potrebbe dire che il problema di «morale inconscia» è divenuto di «morale cosciente» (CARNELLO), da soggettivo è divenuto obbiettivo e pertanto risolvibile sul piano etico razionale.

Infine ha valutato appieno la spinta impetuosa del suo istinto sessuale («mi

sembra che la mia vita sia sempre stata regolata da un istinto bestiale... bestialità, sensualità, la mia vita è stata sempre un continuo desiderio sessuale, mi sento dominata dalla sessualità, ci vorrebbe qualcosa che mi saziasse»).

L'insieme di queste ed altre dichiarazioni e considerazioni, esprimenti chiaramente un ampio processo di autocomprensione e di revisione, sono avvenute durante l'azione della LSD, e talora in sede di discussione «post-lisergica». Inoltre altro materiale, non spontaneamente interpretato dalla paziente, è stato evidenziato durante le interviste lisergiche; facili e suggestive sarebbero a tale proposito le interpretazioni e le illazioni di ordine psicoanalitico: si veda ad esempio l'importanza che avrebbe potuto giocare l'inconscia identificazione materna («matta figlia di matta») nel determinare quei processi di introiezione e di regressione alla fase orale che possono stare alla base della fobia per la carne. L'attuale sua posizione di fronte alla figlia, svelata dal lapsus assai significativo («ho sempre avuto paura di diventare matta ed ora lo sono, se no, come potrei essere innamorata di mia figlia... — subito si corregge — ...del marito di mia figlia?») ripropone il simbolico accenno ad una situazione edipica mal risolta nel tentativo di introiettare la madre, di identificarsi in lei, di assumere — «cibandosene» — la sua posizione di fronte al padre. Ed è la mancata risoluzione di tale situazione, l'ancoraggio alla fase di regressione che pone il suo essere di fronte alla figlia nella stessa prospettiva sì da ripetere in termini invertiti, di natura fobica, i contenuti simbolici ancora presenti e pressanti. Questo, il nucleo fondamentale sul quale potrebbero agire e integrarsi i dati forniti dalle traumatizzanti situazioni sessuali infantili e dal quale appunto, ci sem-

bra, potrebbe prendere le mosse una più approfondita indagine di ordine psicoanalitico.

Ma a noi preme unicamente aver posto in rilievo il fatto che appare fenomenologicamente fondamentale e cioè la scoperta nella p. di una dimensione etica, che riveste l'aspetto di una norma e di una valutazione non contingenti: Maria ha avvertito il punto debole del suo esistere, la mancanza di un principio direttivo attraverso la conoscenza dei «suoi peccati» e mediante la consapevolezza del «male» eticamente inteso.

La dinamica di tale «scoperta» appare in gran parte legata alla stimolazione lisergica: la liberazione di contenuti repressi o dimenticati, la facilitazione nel collegare e nell'interpretare la propria sintomatologia, l'imponente accentuazione di alcuni disturbi (in particolare del senso di colpa) ricondotti ai loro primitivi momenti e l'estraneamento psicotossico della personale situazione, risultano chiaramente dall'analisi dei protocolli delle «interviste lisergiche» e sono inquadrabili nei meccanismi di catarsi, di shock e di depersonalizzazione; essi hanno contribuito ad obbiettivare la situazione della paziente di fronte a se stessa. Ella ha colto il significato della sua morbosa posizione, dopo essersene «distanziata» (vedi CARGNELLO per il problema psicopatologico della distanza) mediante il cambiamento psicotossico delle sue modalità di relazione spaziale (come ad esempio quando dice: «sono sospesa nel cielo senza potermi posare... se non parlo cado nel vuoto», espressioni alludenti chiaramente alla sua situazione, ingigantita dalla LSD, di persona indecisa e isolata e nelle quali si coglie in pieno il valore di manifestazioni verbali vissute come unico mezzo di comunicazione «vitale» e di salvazione). Così l'esasperato e drammatico addensamento dei più pe-

nosi stati d'animo, unitamente alla rielaborazione mnemonica della sua vita trascorsa («ho ricordato tutta la mia vita, l'ho rivista come in un film») hanno attualizzato e reso consapevole, con una condensazione assai significativa, l'aspetto etico dei problemi presenti e passati e le hanno fatto comprendere il significato del suo soffrire (dice infatti nella seconda intervista lisergica: «Mi sono condannata da sola»), alludendo alla sua relazione col genero).

### CONSIDERAZIONI SULL'AZIONE PSICOFARMACOLOGICA DI ALTRE SOSTANZE

La p. prima di iniziare il trattamento con LSD, è stata curata con cloridrato di idrossizina, farmaco, come è noto (FOUCKS; MURATORIO; LOEB e GIBERTI) ad azione distensiva e tranquillizzante: tale sostanza è stata somministrata per os sino alla dose giornaliera di 400 mgr.

Il trattamento è durato circa un mese ed i risultati, da un punto di vista psicopatologico, sono stati i seguenti:

1) Modesta azione limitativa per quanto si riferisce alla manifestazione dell'ansia (irrequietezza, crisi di pianto, insonnia): la p. appare soltanto un po' più tranquilla, più discorsiva e più ricca nelle espressioni verbali; il sonno è più facile.

2) Nessuna modificazione soggettiva dei contenuti ansiosi e della interna sofferenza della p.: ella dichiara di non avvertire alcun cambiamento nel suo dolore.

3) Invariati i temi fobico-ossessivi la cui pressione persiste e viene sofferta in maniera immutata.

Pertanto le conclusioni che possiamo trarre da questa esperienza farmacologi-

ca sono piuttosto negative: gli elementi positivi sono assai limitati, del tutto sintomatici e costituiti da un lieve effetto distensivo, da un minor impedimento all'esposizione dei propri dati personali e da una maggiore scioltezza nel discuterli.

Pertanto cangiamenti veramente consistenti non sono stati osservati.

La somministrazione di clorpromazina alla dose di 200 mgr. giornalieri per una quindicina di giorni, ha determinato invece modificazioni degne di osservazione: dopo circa quattro giorni dall'inizio della terapia la p. appare esteriormente assai più tranquilla e distesa, piange assai meno e non reagisce più così intensamente ed impetuosamente agli stimoli che abitualmente la emozionano (per esempio la visita della figlia o le domande del medico sulle sue manchevolezze passate non scatenano la solita risposta ansiosa). Anche soggettivamente la p. avverte un certo miglioramento: («c'è qualche momento in cui mi sento più tranquilla... le idee brutte ci sono sempre ma mi sembra di poterle sopportare meglio»). Soprattutto la espressione sintomatologica dell'ansia è quella che appare più dominata e controllata dal farmaco. Purtroppo il trattamento fu dovuto sospendere sia per l'insorgenza di una sintomatologia extrapiramidale sia per le lamentele della paziente nei confronti della eccessiva stanchezza che il farmaco le procurava senza che esso modificasse sostanzialmente i contenuti del suo pensiero. Pertanto gli effetti della clorpromazina possono, nel nostro caso, essere riassunti in questi termini:

1) La traduzione mimico gesticolatoria dei contenuti ansiosi è stata controllata ed ha beneficamente risentito dell'azione farmacologica.

2) La disposizione a reagire assai ansiosamente e a vivere come emozioni particolarmente penose determinate espe-

rienze (ad es. la visita dei familiari o la menzione di avvenimenti passati dolorosi) è apparsa molto frenata e limitata dal farmaco.

3) Gli elementi ansiosi che accompagnano o seguono le rappresentazioni fobiche sono stati assai attenuati (la p. dice che riesce a « sopportare meglio le brutte idee »).

4) Le concretizzazioni fobiche sono rimaste invariate: (« le idee brutte ci sono sempre »).

5) L'aspetto astenico che è apparso costituire il nucleo psicopatologico fondamentale della nostra p. non è stato intaccato, ma anzi accentuato dall'azione astenizzante e deprimente della clorpromazina stessa, azione di cui la p. non ha mancato di lamentarsi.

Tali dati di ordine farmaco-psichiatrico inducono ad ipotizzare che nella struttura psicopatologica della nostra p. l'aspetto ansioso o per lo meno buona parte della sintomatologia ansiosa, sia condizionato dalla disposizione astenica di fondo e rappresenti una risonanza spiacevole, un segnale d'allarme e di pericolo e nello stesso tempo una risposta difensiva di fronte ad un innato difetto affettivo emotivo, inteso come nucleo o radicale astenico, evidenziato proprio dai motivi psicogeni del conflitto neurotico.

Anche i dati risultanti da ripetute Weckanalisi praticate secondo le modalità ed i criteri di indagine noti (GIBERTI; GIBERTI e BONAMINI) sembrerebbero confermare tale supposizione: infatti per tutta la durata dell'azione farmacologica delle anfetamine iniettate endovena si è assistito, ogni volta, alla scomparsa della sintomatologia ansiosa. La malata si dichiarava distesa, serena, « sicura di sé, priva di dubbi », appariva sorridente e felice e molto più sciolta nel suo parlare. Tale effetto cessava dopo una o due ore e l'ammalata chiedeva insistentemen-

te « un'altra iniezione ». Non è azzardato pensare che l'azione eminentemente stenizzante delle ammine psicomimetiche sia riuscita ad eliminare l'ansia proprio in quanto questa era secondaria al fatto astenico, mentre è noto che nelle sindromi ansiose endogene, dove l'ansia rappresenta un fenomeno primario ed essenziale, la stimolazione anfetaminica determina un imponente aggravamento della sintomatologia ansiosa (DELAY e Coll.; CALLIERI e SEMERARI; GIBERTI). Infine la constatazione che le anfetamine per via endovenosa abbiano portato alla momentanea scomparsa o alla forte attenuazione dei temi fobici (immodificati con i trattamenti a base di idrossizina e di clorpromazina) sembra confermare il punto di vista clinico che assegna le fobie al nucleo astenico, al gruppo cioè delle personalità asteniche (BINI e BAZZI; CATALANO e CERQUETELLI; LO CASCIO).

Le considerazioni sopra esposte non presumono certo di risolvere il problema dei rapporti genetici fra astenie ansia e fobie (problema ampiamente discusso in tutti i suoi aspetti da numerosi AA. — vedi in BELLONI e GASTALDI — e che oltrepassa i limiti del presente contributo), ma vogliono soltanto delucidare e chiarire aspetti psicopatologici e strutture fondamentali della nostra paziente da un punto di vista farmaco-psichiatrico. Il confronto tra gli effetti dei farmaci sopra menzionati (particolarmente della clorpromazina e della anfetamina) e quelli della LSD, dimostra che i primi hanno una attività unidirezionale, massiva, aspecifica, a carattere globale (sedazione, rallentamento, distensione, astenia — azione stenizzante, eccitamento, accelerazione dei processi psichici), mentre la seconda appare molto più complessa, più particolareggiata, pluridirezionale, attiva nei diversi aspetti e strati della personalità della p.



## CONCLUSIONI

Nel riassumere i dati e le considerazioni concernenti il caso presentato riteniamo utile sottolineare i seguenti punti:

1) L'utilità dell'impiego della dietilamide dell'acido lisergico nella risoluzione terapeutica del caso è apparsa assai notevole; è nostra impressione che la LSD abbia intaccato ed aggredito il nucleo dinamico della nevrosi della paziente, sconvolgendone la strutturazione morbosa mediante meccanismi di shock, di catarsi e di depersonalizzazione, rivelando alla malata stessa quegli aspetti del suo esistere che più erano stati misconosciuti e favorendo quel collegamento tra contenuti dinamici e significato degli avvenimenti che il disturbo nevrotico aveva spezzato con lo spostamento della tensione affettiva sui temi fobici (in termini psicoanalitici con un meccanismo di conversione).

2) Il valore della terapia lisergica appare ancora maggiore, se si considera la misura dell'intervento psicoterapico, limitato semplicemente ad un'opera di incoraggiamento e di riassunto delle autointerpretazioni, opera in sostanza psicagogica e puntualizzatrice, terapia psicologica di appoggio. Il trattamento comunque ha prodotto un cospicuo miglioramento della paziente compendiantesi in una buona reintegrazione sociale e nella

scomparsa della sintomatologia neurotica. Potremmo anche parlare di guarigione clinica, ma per il breve periodo trascorso dalla dimissione (circa 6 mesi), ci sembra che essa si identifichi nell'eliminazione di una complessa situazione nevrotico-reattiva sorta sulla base di una personalità dai tratti astenico-apprensivi, che la rendono potenzialmente più sensibile agli stress della vita emotiva.

3) L'indagine psicofarmacologica intesa come valutazione ed interpretazione degli effetti osservati per azione di farmaci psicoattivi, ha permesso di evidenziare aspetti e meccanismi psicopatologici nuovi o di importanza notevole ai fini di una migliore precisazione e conoscenza della dinamica e della fenomenologia presentata dalla nostra p.. Ha soprattutto chiarito e confermato l'esistenza di un problema etico e di una struttura astenica di fondo, elementi sui quali si è venuta costruendo la sintomatologia psicomorbosa. Le caratteristiche qualitative e quantitative di risposta ai diversi farmaci, hanno consentito una migliore impostazione ed un più approfondito inquadramento delle modalità con cui e per cui la p. è giunta alla nevrosi: si è specialmente evidenziato un aspetto e un « modo » di essere tipicamente umano e comprensibile nella patologicità delle sue reazioni ai conflitti della vita.

## RIASSUNTO

Gli AA. hanno studiato gli effetti psicofarmacologici della idrossizina, clorpromazina, anfetamina e della LSD 25 in un caso di psiconevrosi ansioso-fobica di notevole gravità e di lunga durata: mentre la clorpromazina e l'anfetamina, con diversa mo-

dalità d'azione, hanno evidenziato la struttura fondamentale del caso, la LSD ha dimostrato una profonda azione catartica e chiarificatrice sui conflitti nevrotici presenti nella paziente, portandoli a soluzione.

## SUMMARY

Psycho-pharmacological effects of hydroxyzine hydrochloride, chlorpromazine, amphetamine and LSD 25 are studied in a case of

severe anxiety neurosis with phobias: considering the psychopharmacological mechanisms of these drugs, hydroxyzine, chlorpromazine



and amphetamine with different degrees of symptomatic activity showed structural elements of the psychopathology of the patient,

LSD 25 provoked a strong cathartic action, resolving with psychotherapeutic aid their inner conflicts of the case.

#### BIBLIOGRAFIA

- ABRAMSON H. A.: Lysergic acid diethylamide (LSD 25): III As adjunct to psychotherapy with elimination of fear of homosexuality. *J. of Psychol.* 39; 127, 1955. — BASAGLIA F.: Contributo allo studio psicopatologico e clinico degli stati ossessivi. *Rass. St. Psich.* XLIII; 2, 1954. — BELLONI G. B.: Le astenie. *Arch. Psicol. Neur. e Psich.* 374, XIV, 1953. — BINI L., BAZZI T.: Le psiconevrosi. Abruzzini ed. Roma, 1949. — CALLIERI B., SEMERARI A.: Le analisi con le amine simpaticomimetiche etc. *Arch. Psicol. Neur. Psich.* XIII, V, 1952. — CARGNELLO D.: Antropoanalisi e Psicanalisi. *Arch. Psicol. Neur. Psich.* X, 406, 1949. — CARGNELLO D., DELLA BEFFA A., DECLICH M.: La dualità Io-Tu e il sentimento di colpa. *Arch. Psicol. Neur. e Psich.* XV, VI, 504, 1954. — CARGNELLO D.: Sul problema psicopatologico della « distanza ». *Arch. Psicol. Neur. e Psich.* 431, XIV, 1953. — CARUSO I.: cit. da Cargnello. — CATALANO e CERQUETELLI: cit. da Lo Cascio. — DE BOOR W.: *Pharmakopsychologie und Psychopathologie*, pag. 31; Springer Verlag 1956. — DELAY J. e Coll.: Le choc amphétaminique. *Ann. Med. Psychol.* 271, 11, 1947. — FOUKS e Coll.: *Ann. Med. Psychol.* 605, 114, 1956. — FREDERKING W.: Ueber die Verwendung von Rauschdrogen etc., in der Psychotherapie. *Psyche*, 342, 1953-54. — GASTALDI G.: Questioni di terminologia, di psicopatologia e di psichiagnostica. *Relaz. XXVI Congr. Naz. Soc. Ital. Psichiatria. Lav. Neuropsich.* XIV, II, 299, 1954. — GIBERTI F.: La Weckanalisi, etc. *Sist. Nervoso*, 289, 6, 1954. — GIBERTI F., GRECORETTI L., BOERI G.: L'impiego della dietilamide dell'acido lisergico nelle psiconevrosi. *Sist. Nerv.* 191, 4, 1956. — LO CASCIO G.: Nuove vedute sui confini tra psicastenie e schizofrenia. *Lav. Neuropsich.* XIV, II, 24, 1954. — LOEB C., GIBERTI F.: Azione della idrossizina cloridrato etc. *Boll. Soc. I. Biol. Sper.*, vol. XXXII, 7-696, 1956. — MURATORIO A.: Prime osservazioni etc. *Bollettino Soc. Med. Chir. Pisa*, 30-V-1956, XXIV, 2. — RIGOTTI S.: Sul problema dell'isterismo d'angoscia. *Riv. Sper. Fren.* LXXVI, III, 1952. — SANDISON R. A. et Coll.: The therapeutic value of lysergic acid diethylamide in mental illness. *J. Ment. Sci.* 100, 419-591, 1954.