

devenea temă prevalentă, "fascina" câmpul de conștiință și într-o precipitare de bulgăre de zăpadă, se instala angoasa. Dacă în schimb pleca de acasă precipitat și preocupată de o altă temă putea ajunge la serviciu grăbită dar fără criză; iar atît timp cît stătea și nu se punea problema plecării "tema fricii de stradă" nu o preocupa. La fel în cazul 14; apropiindu-se de locul de muncă, de teatru sau de casa unei cunoștințe, pacienta începea să fie obsedată de tema fobică a "mirosului uterin" și ajunsă în conjunctura socială resimțea mirosul, cu atît mai intens cu cît se preocupa mai mult de el; dacă era prinsă de o problemă dominantă și uita tema sa fobică, simptomul putea să nu apară, pentru a putea apare spontan fiind prezentă într-o colectivitate, fără ca în prealabil tema să se fi instituit ca obsedantă sau prevalentă. Acasă nu apărea însă niciodată nici simptomul nici tema sa obsedantă. În general, sloganul popular "de ce țiee frică nu scapi", convine de minune acestor actualizări angoasante a unei teme fobice, trecînd printr-o fază obsesivă și ulterior, centrînd și fascinînd câmpul de conștiință, ca un fenomen Carpenter, pînă la actualizare.

O fază obsesivă există frecvent la eretofobici. O împletire mai complexă între obsesii și fobii se produce în fobiile de obiecte, deoarece obiectele pot fi prezente, pot apare, în circumstanțe neprevizibile. De ex. în fobia de cîine, cuțit, obiecte ascuțite, pacientul poate trăi, cel puțin într-un anumit cadru al existenței sale (pe stradă în cazul fobiei de cîini, în bucătărie și restaurante în cazul fobiei de cuțit) o stare de așteptare anxioasă cu o fobie obsesivă, pe tema posibilității de apariție a obiectului angoasant. Am urmărit între altele, o pacientă cu fobia compulsivă a fîntînilor (fobia de a nu rezista compulsiei de a se arunca în fîntînă) și care intra în anxietate de așteptare în orice cadru peisagistic în care fîntîna putea apărea.

Cu toate că mixturile obsesie-fobie sunt posibile în multiple

forme (și altele decât cele menționate pînă acum), intuiția lui Gebattel și Wallon rămîne valabilă. Trăirile centrate în special fobic își păstrează o legătură indiscutabilă cu prezența individului în preajmă și se desfășoară în zona trecerii de la nivelul inferior al palierului mijlociu al psihismului, la palierul său prim, adică la palierul psihismului ca trăire și prezență actuală. În fobie, frica se "actualizează", devine o problemă a psihismului ancorat pe preajmă sa imediată, în desfășurarea sa aici și acum; iar actualizarea, fobiei destructurează acest palier al actualității conștiinței prin angoasa ce se instaurează. Trăind angoasa, individul nu mai poate stăpîni preajma prin act, nu mai poate formula o intenție de act iar în lipsa acesteia nu se mai poate "sprijini" pe obiectele prezente (nu-și mai poate fixa privirea pe ele), lumea ca spațiu se estompează sau dispăre, individul trăește sentimentul angoasant al căderii în gol. Trăirea obsesivă este indiferentă față de preajmă sau o utilizează ca un instrument pentru un ritual.

Înainte de a continua discuția despre interferențele dintre fobie și obsesie ca simptome, să mai urmărim deosebiriile dintre formele "pure" de neuroze fobice și obsesive, ca avînd fundaluri caracteriale diferite.

Petrilowitsch (87), care a dat o descriere a caracterului fobic pe care am menționat-o, dă și o descriere a caracterului anancast-obsesiv, distinct de precedentă. După Petrilowitsch, spre deosebire de fobic, obsesivul ar fi caracterizat prin: rezonanță afectivă slabă dar cu retentivitate afectivă mărită; nu e capabil de sentimente autentice, nu e sinton, parcurge greu drumul de la relația oficială la reala prietenie, distant social, interpune o mască între el și ceilalți, lipsit de umor, ironic, deseori agresiv; nu poate suporta să fie în centrul atenției sociale și se retrage în anonimat; totuși e un orgolios mîndru, are o conștiință exagerată a propriei sale valori, dar megalomania sa e de acțiune susținută și randament și nu

de expunere socială. Randament mai mare decât exigența. Gîndire de tip discursiv, deseori profundă, fantezie săracă. Nu acționează din dragoste ci din simțul datoriei; conștiincios, scrupulos, pedanterie, perfecționism, nevoie de ordine și precizie, formalism rigid. O conștiință morală mereu trează, trăește mereu sub imperiul obligațiilor și datoriei, un ascuțit spirit al dreptății dar totul formal, tinzînd spre un absolut impersonal, inuman; nu poate trăi și concepe greșeala, e lipsit de naivitate, de posibilitatea destinderii, a spontaneității, a unei autentice sincerități și vibrații umane etc.

Petrilowitsch a surprins excelent în descrierile sale esențialul caracterului obsesiv-anancast, formalist rigid și tipicar, incapabil de relație caldă și nemijlocită, spontană, cu obiectul, cu altul. Acest fapt îl deosebește fundamental de fobic care, în limitele domeniului său de libertate este un sinton plin de spontaneitate și naturalețe, emotiv și nerigid, deși deseori circspat. În orice caz raporturile sale cu obiectul (și cu altul) sunt de cu totul alt tip și acest lucru l-am putut evidenția și noi, într-o manieră quasi experimentală cu ajutorul Psihodiagnosticului Rorschach (cel mai bogat și valoros test proiectiv al personalității) pe care l-am aplicat tuturor fobicilor urmăriți de noi (precum și lotului mai extins de peste 400 pacienți urmăriți similar care cuprinde și obsesivi și psihastenici și forme mixte), (experiența noastră cu Psihodiagnosticul Rorschach are la bază peste 2000 protocoale analizate amănunțit). Pe lângă confirmarea a o serie de date de literatură, (88, 89, 90, 91, 92, 93) experiența noastră în această direcție a pus în evidență ca un fapt invariant și deci semnificativ, predominanța netă - peste proporția normală - a răspunsurilor D (detaliu mare, în cadrul apercipției formelor), în raport cu evidența formulă G-d (răspunsuri global-detaliu mic, cu absența aproape completă a răspunsurilor D), la obsesiv și psihastenici; nici răspunsurile

D.a. (apercepția figurilor în fond alb, marcă a opozitivității de anturaj) nu apar la fobic. Chiar la fobicii gravi, de formulă psihopată sau "derapantă", această structură a protocolului se păstrează, denotînd o structură a fundalului persoanei particulară, originală, pentru modurile clinice tip de fobic și obsesiv. Fobicul abordează obiectul (lucrul, situația, individul) direct, nemijlocit, frontal, în globalitatea sa sau, în evită la fel de integral. Obsesivul dimpotrivă, se pierde sau în generalități sau în amănunte; și acesta indiferent de "figura clinică", de gradul de compensare sau decompensare névrotică sau de circumscrierea problematicii în domeniul caracterial. În rest, protocoalele Rorschach ale fobicilor se mai caracterizează prin șoc la negru, răspunsuri clar-obscur (de obicei legate de forme sau în modalitatea răspunsului complex al clar-obscurului peisagistic de perspectivă - semn al fineței în abordarea și interpretarea preajmei), lipsa stereotipiilor și perseverenței, multe răspunsuri originale (denotînd fantezie) (e imposibil a reda aici totalitatea rezultatelor obținute prin această metodă; ne mărginim să semnalăm că ele subliniază diferențierea clară, pentru formulele nucleare, între structura persoanei fobice și obsesiv-anankaste).

Deosebiri între obsesia nucleară și neuroza fobică nucleară s-au stabilit pe plan psihologic testologic (94) și cu alte metode; și la fel pe plan biologic și etio-patogenic. Astfel, spre deosebire de obsesiv, la fobic s-a stabilit rolul creșterii sensibilității senzoriale (de fapt fobicii sunt hiperatentivi nu numai în raport cu lumea ci și în raport cu propriul corp); von Lersch a arătat că fobicii au anumite particularități tactile, gustative, olfactive cu un prag scăzut mai ales pentru senzații neplăcute, penibile. Foarte sensibili la miros, ei au o predispoziție pentru greață, vomă precum și o sensibilitate exagerată la lumină. Afecțiunile tiroidiene care măreasc acuitatea emotivă și sensibilitatea, duc în mod secundar la fobii (Frankl, Ficarra, Nelson). La fobicii pe care noi i-am studiat am găsit prezente aceste trăsături de hiperestezie. În plus am găsit

deseori o cefalee specială (ca simptom argument al retragerii din angajarea în act) și care era sensibilă la variația fazelor lunii. În acest context mai pot fi semnalate cazurile descrise începând din 1958 de Roth (95, 96, 97) și colaboratorii, la care se instalează paroxistic stări de anxietate fobică însoțite de trăiri de tip depersonalizare paroxistică de "deja vue", "deja vecue" dar și de unele fenomene (metamorfopsie, viziune panoramică) care apropiau cazurile de cele de epilepsie temporală, de care totuși se deosebeau prin E.E.G., test terapeutic, etc.

Revenind la nevroza fobică nucleară, în ea am încadra cazurile care au o caracteriologie de tipul celei amintite drept caracteristică fobicului și care printr-una din modalitățile menționate la începutul paragrafului, intră într-un impas și o dezvoltare nevrotică, cu simptome, anxios fobice. Dintre cazurile menționate pe parcursul lucrării, am încadra aici cazurile 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 16. Desigur, nu toate cazurile realizează nevroza în același mod, nu au totdeauna același punct de plecare, intrarea în nevroză se face diferit, nevroza poate fi cantonată la începutul ei (și deci avem de-a face cu un impas nevrotic) sau ea are deja o istorie, și o înrădăcinare în structura persoanei sau (mai grav) crește și se dezvoltă odată cu dezvoltarea acesteia (ca în cazul 9). Noi credem că nevroza fobică nucleară se circumscrie prin ea simptomatologia care implică o psihopatologie a spațiului trăit. Ereutofobia, fobia spațiului descoperit și fobia de aglomerație (legate de psihopatologia spațiului social), claustrofobia, fobia de stradă - de trecerea străzii și de vehiculele ce se năpustesc spre pacient, de stradă pur și simplu, stradă goală sau piață largă (legate de psihopatologia spațiului fizic trăit), ipohondria fobică (legată de psihopatologia trăirii propriului corp cea un spațiu-domeniu de unde poate isvorî periculosul), toate fac parte din textul psihopatologiei fobiei (încadrat de fobia de întuneric și ce de înălțime), caracte-

ristic pentru simptomologia nevrozei fobice nucleare, în care obiectele semnificate ale lumii intervin ca fobogene doar în al doilea rând. Fobia de microbi ar interveni în acest text într-o poziție specială; nosofobia, deși are la bază o perturbare a trăirii propriului corp ca loc-spațiu, se realizează prin instituirea în această breșă a unei "teme" fobogene și nu a unui "obiect semnificat" fobogen; fobia de microbi și-ar găsi loc între această nosofobie și fobia de obiectele lumii ca "posibile agresoare" a corporalității. Impărțirea de mai sus în domeniul social, fizic și corporal e desigur didactică doar; fobia de aglomerație e foarte înrudită cu claustrofobia la fel cum fobia de vehicule invadatoare din față e înrudită strâns (sub aspect structural) cu fobia spatelui descoperit prin care individul poate fi vulnerabil față de un altul. De fapt e o perturbare a trăirii "spațiului agoric" care e în același timp fizic social personal și moral.

Din punct de vedere clinic, în afară de formele "pure" de nevroză fobică, fobia poate să apară în cadrul unei dezvoltări nevrotice, întrețesută și cu alte simptome. Iată un exemplu:

17) O femeie de 36 ani, telegrafistă. Din copilărie extrovertită, veselă, optimistă, angrenează societatea. Lucrează de la 16 ani ca secretară, tehniciană telegrafistă, deci muncă cu emoții și sbucium.	<u>premorbid</u> extrovertiti sociabilă optimistă debut: neu-
La 31 ani, muncind deja mai mult timp o muncă epuizantă (dă și liceul seral), într-o perioadă în care se agravează o veche afecțiune digestivă (un megadolico colon, cu constipații) apare: cefalee occipitală, insomnii mari, astenie. Reduce din efort, tratament medicamentos, remonare.	rastenie (legitimă refacere la odihnă și tratament
La 32 ani, după o pielonefrită reapar fenomenele: pe prim plan, cefalăe (care e însă secundată în timp oboselii), insomnii agitate cu coșmaruri, plînge, geme, se sbate în somn; astenie de la sculare și pînă la culcare.	<u>recădere peste</u> un an, tot neurastenoid anxios.
În anii următori, aceste simptome se agravează progresiv. Schimbă locul de muncă (din secretară, unde avea în permanență contact cu oamenii ceea ce o înerva, preia o muncă de birou). Dar peste toate simptomele se adaugă o mare irascibilitate și hiperestezie (o supără șgomotul și lumina). Pe acest fond,	se instalează <u>dezvoltarea</u> <u>nevrotică</u>
la 34 ani începe să aibe senzația că "lumea are ceva cu ea", că celelalte persoane nu sunt mulțumite de ea; sentimentul se referă apoi nu numai la colegi ci și la persoane necunoscute. Logic, își dă seama de nerealitatea acestei situații. Se accentuează aprecia- bil simțul corectitudinii. Încep verificările în	accentuarea neurasteniei <u>senzitivitate</u> legată de randament apoi și nespecifică

legătură cu dărcinile profesionale (ca nu cumva să efectueze vre-o greșeală). Apoi apar idei obsesive (nu numai senzitive și de verificare) ci și pe teme fobice: de ex. o soră e internată în spital și pacienta noastră trăește obsesia (pe care o recunoaște ca nefundată) că aceasta va muri; sau obsesia că ea va innebuni sau că soțul va avea un accident de motocicletă (toate aceste idei obsesive sunt strict ideice nelegate de preajmă). Apoi apar fobiile: de singurătate la trecerea străzii, de aglomerație, fobia înălțimii, fobia trecerii printr-o piață largă, toate foarte marcate. Aceste fobii le trăește situațional sau la reprezentarea lor, ca un gol interior cu greață și vomități, toate pe un fond de anxietate. Tratament spitalicesc și apoi ambulator, pensionare un an; apoi realuarea activității. La 3 ani după internare, integrată în activitatea și social, fără simptome supărătoare.

invazia nesigurantei hipercompensată în hipercorectitudine și verificări obsesii!

fobii !! situaționale

Intr-o dezvoltare nevrotică de felul celei de mai sus, simptomele fobice apar la un moment dat, după impasul neurastenoid și dezvoltarea psihastenic obsesivă. Aici simptomele fobice sunt cele din seria "spațială". În cadrul dezvoltărilor nevrotice, simptomele obsesive pot apare cel mai des întretesute cu simptome obsesive, psihastenoide și depresive.

Modalitatea clinică în care tabloul e dominat de impletirea dintre simptomele obsesive și fobice realizează cadrul clinic denumit de mulți autori "nevroză obsesivo-fobică". Cazul menționat mai sus ar putea fi eventual etichetat astfel. Dar același caz mai relevă două fapte importante.

În primul rând, simptomatologia care se construiește evolutiv și în cadrul căreia apare și fobia, se prezintă ca un domeniu care delimitează o claviatuță simptomatologică formată din: astenie, anxietate, senzitivitate, nesiguranță psihastenoidă, obsesie, fobii, depresii, trăiri cenestopat - hipocondriace. Acest grupaj simptomatologic apare dese ori în dezvoltările nevrotice cu predominarea în diverse momente a unui simptom sau a altuia; dar toate formează o structură.

În al doilea rând, nevroza nu o putem concepe decât din perspectiva raportului dintre o structură și o dinamică. Uneori, aspectul dinamic se rezumă la impasul nevrotic, alteori asistăm de-a lungul anilor la adevărate dezvoltări nevrotice. În sfârșit, nevroza

se poate înrădăcina în structura persoanei și atunci avem formele grave de la început, deseori limitrofe psihozei (așa cum vom discuta într-un paragraf următor). Cazurile grave, de nevroze structurale sînt cele care includ ceea ce s-a numit "nevroza obsesivă malignă" sau psihastenile de tip Janet și care-și împrumută simptomatologia din grupajul amintit mai sus.

Pe baza cazuisticii urmărite de noi am putea să tragem încă următoarele concluzii:

- Psihastenia (care are și simptome fobice) nu apare întotdeauna doar în formele grave descrise de Janet. De multe ori, psihastenia poate fi termenul final de evoluția unei nevroze inițiate anxios fobic (am studiat 50 cazuri de acest tip). În aceste cazuri tensiunea anxios fobică în fața actului evoluează spre o modalitate în care mai multe acte sunt începute fără a fi terminate și se ajunge astfel la nehotărîre - nesiguranță de sine. La aceste cazuri neastopatiile ipohondriace se inflitrează în mod constant. Dar în acest grup nu întîlnim aproape deloc agorafobie în sens restrîns și fobii "spațiale"; (întîlnim însă în mod constant fobia de aglomerație; la psihastenicii de tip Janet, un rol important îl joacă fobiile de obiect).

- Altă din liniile posibile cu care se conjugă și fobia se constelează în jurul depresiei (40 cazuri urmărite de noi). În acest grup fobiile, dezvoltate pe un fundal de om sec, serios, meticulos, trist, privesc în primul rînd domeniul persoanei fie ca thanatofobii (sau nosofobii) - comentate și obsesiv - fie ea niște compulsii auto-destructive (mai ales de aruncare în gol).

- Deseori, dezvoltările nevrotice care se realizează în gama dată, de claviatura simptomatică menționată mai sus sunt greu de notat cu o denumire, deoarece, în timp, simptomul dominant variază.

De multe ori, înțelegerea unor astfel de dezvoltări nevrotice e posibilă însă în perspectiva unei analize structurale; Fobia poate constitui un câmp de forțe - care să consteleze în jurul ei gama simptomatică, în care se încadrează ducând astfel la o nevroză fobică pur și simplu.

IV

Problema personalității psihopate e probabil la fel de spinosă ca cea a nevrozei. Două sunt direcțiile principale după care ea poate fi studiată: - cea a alterării persoanei din perspectiva actului moral și cea a unei anormalități structurale masive a personalității, datorită căreia ea devine excentrică în raport cu grupul social, nerealizând însă o alienare psihotică. Desigur, aceste două, modalități se pot combina în realizarea personalității psihopate, după cum, direcția anormalității de structură, interferează la un pol cu problema nevrozei iar la altul cu problema cazurilor "limitrofe psihozei".

În perspectiva psihopatiei ca alterare a structurii actului moral, fobicul se poate realiza doar indirect ca psihopat, dat fiind crisparea sa în fața actului. Desigur, există nuanțe; "uneori răul constă în a nu face și nu doar în a face rău" (Marcus Aurelius). Fobicul se mai poate realiza psihopatic din această perspectivă și datorită organizării sale structurale" ca un joc bipolar între supunere și dominare"; fobicul se vrea în general condus dar are (așa cum formula Kretschmer pentru senzitiv), un spin stenic, expansiv, dominator. De multe ori, o structură personalistică fobică se actualizează ca o nevroză fobică din cauză că partenerul de viață nu are o conduită suficient de diriguitoare, dominând și protejind pacientul (faptul l-am constatat la aprox. 40% din pacienții noștri suferind de nevroză fobică), sau pentru că partenerul devenit prea protegitor dispare. Spinele stenic al fobicului se poate realiza însă nu numai prin "răsbunare inconștientă în simptom nevrotic" ci

și expansiv, agresiv. O structură personalistică fobică poate face o dezvoltare expansivă (de tip Kretschmer) de intensitate și modalitate psihopată făcând scandal - mai ales cu vizarea unei singure persoane - pe fondul unei stări de activitate redusă.

Cel mai des însă structura personalistică fobică se poate realiza psihopatic în a doua modalitate, ca excentricitate și inadaptabilitate socială sub formă unei dezvoltări "autozice" (autiste tip Kretschmer) - nepsihotice - sau sub forma a ceea ce autorii germani denumesc psihopat abulic (98). De fapt, asupra abuliei a insistat Janet(99) când discuta problematica fobicului în cadrul psihasteniei. El spunea "Cunosc nenumărate cazuri de femei bulversate de fobii, idei fixe de îndoială, hipocondrie etc., pentru că soțul lor nu a putut imprima o direcție care era absolut necesară spiritului lor. Toți acești bolnavi regretă o voință autoritară care să-i dirijeze, ei se simt izolați și abandonați". Fenomenul Janet îl denumește abulie iar suferința "boala izolării".

Există însă un grad de la care, psihopatul abulic sau dezvoltarea autistă (și la fel și hipocondriacul sau obsesivul, fie el și "obsesivo-fobic"), alunecă alături de contactul uman uzual, fie el și deformat psihopatic, fără ca totuși în analiza orizontală sau în evoluție, să devină, un caz net psihotic (delirant-disociativ) și continuând să evolueze într-o zonă a "marginalității sociale și clinice. Aceste cazuri sunt desigur mai mult decât o psihopatie și multă vreme au fost denumite psihopatie schizoidă, termenul fiind ulterior părăsit de majoritatea autorilor, deoarece aceste cazuri păstrau mai mult din coloratura formei clinice dinspre care veneau decât din simptomatologia schizofrenă. Acest tip de cazuistică, care numai cu greu și printr-o extincție foarte largă, poate fi încadrată în psihopatie (deosebindu-se în același timp de schizofreniile mitigate), nu are încă o încadrare, nosologică precisă. Ne vom ocupa puțin de acest capitol, pornind dinspre perspectiva fobicului.

V

Vom începe prin a prezenta un caz, ultimul din această lucrare (după Parknitze) (100).

18) Un pacient care crește într-o familie de țărani înstăriți, cu o mamă "foarte bună" și un tată scrupulos și conștiincios. Un frate Elev exemplar și copil favorit la școală și acasă. Sensibil din copilărie, suportă foarte greu orice eșec sau duritate din partea mediului. De la 6 ani, după o pneumonie, se instalează un astm ce durează până în pubertate. La 7 ani e preocupat de ideea morții pe care și-o reprezintă curent. În pubertate are o atitudine de romantic care se pierde ceasuri întregi în natură "pentru că să lase natura să-i pătrundă în propriul corp". La 15 ani a avut slăbiciuni de inimă care durau 2-3 săptămâni și reveneau de 2 ori pe an. Tot în pubertate pavor nocturnus și la sfârșitul ei, mari excitații sexuale. În copilărie a avut un singur prieten; totdeauna când se despărțea de cineva era cuprins de panica, cum că acestuia i s-ar putea întâmpla ceva imediat ce s-a despărțit de el.

La 24 ani face un TBC și internat în sanatoriu are panica de a nu se infecta și mai tare cu bacilii și pentru aceasta își reține respirația cât mai mult. Se face apoi învățător și crede că va face un cancer laringian din cauza vorbitului prea mult.

În dezvoltarea ulterioară, se conturează tot mai mult frica pacientului de a nu înghiți praf. Evită orice loc cu praf iar la școală rămâne cel puțin 4 ore după terminarea cursurilor pentru că în acest timp la el acasă praful (stîrnit de curățenia făcută de nevastă) să aibe timp să se așeze pe mobilă. În preajma obiectelor cu praf caută să le evite și dacă nu poate își reține respirația timp îndelungat. În urma acestor rețineri de respirație are dese crize anxioase secundare. După ce mîncă are senzația că gura îi miroase urît; de aceea, după mîncare, se abține să respire în prezența altor oameni sau face numai așa ca să vorbească de la mare distanță. Nu mai merge la teatru sau cinematografie, evită orice relație interpersonală. La orice activitate corporală, chiar la îmbrăcat, are dispnee (deși astmul a dispărut de mult).

În fața acestor tendințe fobic-anankaste bolnavul se apără cu un ceremonial foarte complicat. Cel mai bun ceremonial pentru el este să facă pași în cerc, să descrie prin mersul lui cercuri perfecte; și pentru a reuși în acest ceremonial, iese cu autobusul din oraș în locuri virane mari, unde poate face cercuri nevăzut de nimeni dar mai ales cercuri perfecte, nestăvilite de clădiri sau alte obiecte din oraș. Din aceste excursii se întoarce acasă frînt de obosit, dar și aici trebuie să-și continue cercurile, foarte dificil de executat în casă, motiv pentru care orice ușă este lăsată deschisă, soția și fiica nu au voie să-l încrucigeze în drumurile lui. Are nevoie de ceasuri întregi pentru a se hotărî uneori dacă pentru urcarea unei trepte mai late sunt necesare două mișcări mai mici sau un pas mai mare. Un ceremonial precis se dezvoltă și la intrarea într-o cameră, la așezatul pe un scaun, culcatul în pat, îmbrăcatul unei mantale. Pentru a-și face obligațiile profesionale are nevoie de o deosebită concentrare de energie. Nici relația sexuală nu mai poate fi dusă la bun sfârșit, pentru că era întreruptă de ridicole ceremoniale, nu arareori prin ridicarea din pat și efectuarea cîtorva drumuri în cerc prin casă.

Internare, terapeutică medicamentoasă și psihoterapeutică. Reluarea activității.

Recunoaștem la cazul de mai sus o problemă fobică evoluind din copilărie: meditații pe tema morții, pavor nocturn, panica la despărțire, vulnerabilizarea spațiului-corporal ("a lăsa natura să

păt undă în propriul corp"), vulnerabilizarea la acțiunea microbiilor, sensibilitatea la mirosuri și problematizarea relației sociale din acest motiv, nosofobia (de cancer), desfășurarea fobiilor (de exalare a mirosului, de microbi) în legătură cu preajma, cu un anumit loc. Dar în raport cu aceste trăiri fobice pacientul nu dezvoltă numai inhibiții, circumscrieri spațiale, conduite de evitare și un teribil grupaj de ceremonialuri obsesive, legate aproape de orice act; și paralel cu aceasta, dificultatea progresivă a executării actelor și a deliberării. Pornind fobic, cazul devine fobic-ritualic-obsesiv. Ceea ce e însă mai important, este modalitatea evoluției și gravitatea cazului. Autorii denumesc cazul o "nevroză obsesivă malignă". Dezvoltarea formativă a personalității structurează o persoană cu un viciu de structură și bogată în simptome. Anormalitatea persoanei e gravă, dincolo de varietatea antropologică a mediei, dincolo de fundalul posibil peste care să se dezvolte o nevroză (începând la un moment dat printr-un impas și continuându-se cu o dezvoltare nevrotică). Evoluția în timp a vieții, pe lângă că nu maturează persoana nici măcar superficial, agravează progresiv simptomatologia inițială, într-un fel de "derapare" în care factorii exogeni nu mai joacă nici un rol.

Pe plan psihopatologic, problema care se pune în astfel de cazuri e diferențierea dintre dezvoltare și proces (în sens jaspersian). Încă din deceniul al III-lea la început Kameneva (101) și apoi cu multă prestanță K. Kollé (102) au arătat că există cazuri în care această diferențiere nu se poate face, în care procesul se suprapune peste dezvoltare. Kollé include aceste cazuri în cadrul mai mare al "anomaliilor derapante" (gleitende Abnormität), fondate în principiu, endogene. Un grup nozologic bazat pe o astfel de suprapunere a procesului (psihopatologic) peste durata dezvoltării (normal structurante), deci pe noțiunea psihopatologică aparent paradoxală de "dezvoltare derapantă" ar cumula o cazuistică ca cea

a constituțiilor schizoide, din descrierea lui Claude (-103, 104, 105) și școlii sale și a lui Minkowsky, apoi "formele grave de psihopatie" din descrierea școlii germane (mai ales K. Schneider), "dezvoltările personalității" (personlichkeitsreaktion) asa cum au fost descrise de Kretschmer (care ca intensitate nu sînt nici psihotice nici psihopatice, formele grave de "maladie obsesivă" (anankastă) și psihastenici (tip Janet) gravi, pe care majoritatea autorilor moderni nu le mai includ nici în nevroze nici psihopatii ci ca niște cadre aparte (vezi Kollé, Ewald (106) etc.), formele grave de dezvoltări ipohondriace, etc.

(Brener susține chiar că formele grave de obsesiv și ipohondriac s-ar dezvolta la același nivel cu foarte rara paranoie clasică nedegradantă). Un astfel de cadru clinic nu ar reprezenta un antinotologism, ci dimpotrivă recunoașterea unei realități clinice (care probabil va deveni tot mai frecventă pe măsură ce progresele tratamentelor neuroleptice vor putea ține tot mai bine în frâu un endogen tarat).

O caracteristică de bază a cazurilor despre care discutăm aici este o "depersonalizare de fundal" (așa cum o descrie Göppert) pentru obsesiv se păstrează o suprafață a psihismului, o "persona" care permite comunicații sociale și mai ales legătura cu alții prin simptom; dar în fundalul structurii personalității, individul trăiește un gol, o depersonalizare, în virtutea căreia are o răceală în relațiile cu alții, o paloare, a trăirilor resimțite, o monotonie a expresivității. Deseori simptomele reprezintă unica legătură a acestor pacienți cu lumea. Dată fiind această pustiire a fundalului personal, a tot ceea ce poate fi înrădăcinare în eu și în lume, a tot ce e urgență spontană din zona instinctivo-afectivă apare un aspect "rece" social, de schizoid a acestor cazuri și la fel tematizarea trăirilor, îngustarea orizontului trăirilor la o temă.

Fobia realizează figuri clinice și la acest nivel (așa cum am văzut cu ocazia ultimului caz, dar mai rar decît obsesia și ipohond

ria ceneștopată.

La capătul unui capitol clinic s-ar cere câteva considerații în legătură cu terapia. Din experiența noastră, putem susține două lucruri în această direcție.

În primul rând, nu putem fi de acord cu opiniile psihoterapeuților psihanalisti care susțin că nevroza fobică este nevroza cel mai ușor de tratat. Fobia realizează, în cadrul "micii psihiatrii" figuri clinice de toate gravitățile posibile, la fel ca histeria sau obsesia așa că atunci când afirmi facilitatea rezolvării unei suferințe trebuie să precizezi la ce cadru clinic te referi. În orice caz nu am remarcat nici-o deosebire în dificultatea sau ușurința de a trata o suferință colorată fobic în raport cu una colorată histeric sau obsesivă. Totul depinde de aspectul clinic, de gravitatea cazului concret la care ne referim. Am întâlnit cazuri ce s-au rezolvat într-o săptămână fără a mai constitui un caz clinic la o catameză făcută după 4 ani și cazuri care, după 5 ani de tratament aproape permanent și variat s-au modificat puțin.

În al doilea rând nu am putut descoperii vreun tratament specific. Desigur, un tratament anxiolitic, de liniștire a tensiunilor vegetative dublat de o psihoterapie adaptată cazului sunt absolut necesare. Dar, așa cum sublinia Marchais într-o carte recentă (1964), sunt cazuri care se rezolvă la o simplă prescriere de napoton și altele care necesită îndelungată psihoterapie individuală cu angajarea psihoterapeutului pînă la nivelul de a însoți pacientul în situațiile fobogene pentru a-i crea noi reflexe. (această terapeutică o susține fervent și Leonhard). Rezolvarea conflictelor preconștiente printr-o narco-analiză sau printr-o analiză mai îndelungată se dovedește uneori eficace dar nu e un panaceu universal. Și psihagogia poate fi de folos în multe cazuri.

În concluzie și pentru formele clinice din mica psihiatrie modulate fobic e valabil același principiu ca pentru terapeutică tuturor cazurilor din acest cadru: stăpînirea tuturor mijloacelor

terapeutice (medicamentoase și psihoterapeutice) și aplicarea lor individualizată și insistentă.

APENDICE

În paginile precedente am comentat psihopatologia spațiului trăit, și în paralel cu aceasta, psihopatologia și clinica fobiei. În psihopatologie s-a mai vorbit însă și de o "spațializare a gândirii". Mai ales Minkowski (la început în studiul său efctual împreună cu Roger de Fursac asupra raționalismului morbid, apoi în "Schizofrenia" sa¹ și în alte studii, vorbește despre o spațializare a gândirii, reprezentând o formă de degradare a psihismului în care se realizează un fel de "geometrizare a gândirii". Minkowski nu face un studiu din perspectiva unui spațiu diferențiat (topologic, proiectiv, euclidian, n-dimensional, vectorial) ci mai mult intuitiv; tot ce are aspect formal geometric este considerat de el spațializare. Această spațializare este pentru Minkowski o degradare a psihismului de la nivelul timpului trăit (ca durată creatoare în sens Bergson). În ultimul timp, Minkowski leagă acest fenomen de o reificare² a psihismului.

Acest fel de a pune problema e natural dacă avem în vedere o perspectivă dialectică. Așa cum pătrunzător a analizat Rubinstein (107, 108) în mai multe studii, gândirea creatoare trebuie concepută ca o activitate declanșată de o "situație problematică" adică o situație în care există ceva implicat în ea, presupus de ea dar nedeterminat de ea, necunoscut, nedat explicit - ci numai în relația sa cu ceea ce e dat în situație. Urmează rezolvarea acestei situații, problematice printr-o analiză orientată prin sinteză (îndreptată spre un scop printr-un act sintetic); dar pentru rezolvarea, contează în special posibilitatea de a plasa în contexte noi problema, obiectul, soluțiile, tot ceea ce contribuie la rezolvare. Si această posibilitate de a transpune mereu în contexte noi problema, presupune în mod evident un "cîmp de libertate", un cîmp al libertății de mișcare a gândirii; si acest

cîmp e inteligenta.

Evident, acest mod dialectic de-a pune problema, de a infățișa gîndirea, e posibil doar pentru gîndirea creatoare. In realitatea cutimieră și mai ales în psihopatologie întîlnim și alte modalități. Intre acestea, în primul rînd menționăm gîndirea tautologică. Cu aceasta nu ne aflăm încă în dezorganizarea structurilor logice și lingvistice ale gîndirii, dar ea nu mai progresaază, se mișcă în spațiul elementelor date pe care le recombina la infinit neputînd crea, evident, nimic nou. Si totuși, în astfel de cazuri, se poate nota ceea ce s-ar putea numi o "fugă gupă echilibru" a gîndirii. Sistemul raționamentelor nu se poate înrădăcina în nimic și nu poate ajunge la un final concluziv. Această nevoie de echilibru a gîndirii se realizează (ne referim acum la pacienți de tipul celor lui Minkowski) prin permanente dihotomii, simetrie bilaterală etc. așa cum am putut studia și noi la numeroase cazuri pe care, clinic le-am încadra în "dezvîrtarea derapantă". O analiză mai amănunțită a unei cazuistici de acest tip, ne-ar putea duce la concluzia că inteligenta, așa cum o definea Piaget în clasica sa lucrare reprezintă doar axele de libertate (ca grupări) în cadrul cărora devine posibilă gîndirea ca act. Ori, această gîndire ca act este cea care se perturbă în psihopatologie. Dar aceasta e un domeniu al psihopatologiei care depășește problematica noastră, deoarece nu mai e vorba de trăirea lumii ca un cîmp al acțiunii posibile (deci trăirea lumii nemijlocite ca spațiu) - și care este osatura psihopatologiei fobiei - ci de trăirea lumii intelectului ca un cîmp al acțiunii posibile; și analiza psihopatologiei spațialității gîndirii fundează alte simptome decît fobia (în primul rînd obsesia dar și alte modalități psihopatologice).

Dacă însă nu am face (cum de fapt noi am făcut) în lucrare) o distincție între lumea trăită nemijlocit și lumea trăită în intelect (ambele cu spațialitatea lor intrinsecă), am putea schița următoarea imagine de ansamblu a aspectelor de psihopatologie ce

se relevă în paralel cu psihopatologia trăirii lumii ca spațiu, trăire ce se realizează întotdeauna prin intermediul actului:

Actul, polarizat, prin definiție nu e și nu poate să fie o stare de echilibru; dar el presupune un fundal de echilibru pe care să se sprijine și care e format din însăși axele gradelor de libertate (operaționale, ale actului sau gândirii). În psihopatologie, alternându-se polarizarea actului (polarizare ce reprezintă fundamentul novumului, diferențialului), se "cade" pe acest fundal formulat mai mult sau mai puțin echilibrat sau simetric. Am putea menționa următoarele nivele de alterare (cădere),

- un prim aspect s-ar referi la un dezechilibru psihic ce apare și în normalitate dar care se desfășoară cu amploare în patologie și anume la dezechilibrul anxietății. În anxietate, pe plan psihic global, e trăită nevoia de sprijin, de echilibrare prin sprijin, a unei anumite căderi, ceea ce pe planul raportării nemijlocite la lume se traduce printr-o nevoie resimțită de echilibru și simetrie. Această nevoie e așa de mare încât sprijinul, echilibrul și simetria sunt căutate; iar când simetria apare într-un obiect perceput ea fascinează și jenează restul percepției (în Psihodiagnosticul Rorschach, sublinierea insistentă a simetriei, jenind interpretarea, e marca anxietății). Dar fascinarea individului anxios de simetrie e doar un răsunet în estezie a dezechilibrului psihic global, alături de ex. de nevoia unei prezențe umane.

Se notat însă că, în această modalitate actul e perturbat (chiar imposibil uneori) și de aceea simetria nu se face resimțită și prezentă în expresie ci în recepție și trăire (crispare interioară

- o a doua modalitate, de data aceasta mai franc psihopatologică, e cea în care dezechilibrul nu realizează numai o nevoie de echilibrare prin sprijin a unei căderi, ci se realizează o "tendință", o "fugă" activă după echilibru, care nu însă atins; apare astfel o permanentă tendință de a completa, produce, echilibru.

Suntem aici în domeniul de elecție al expresivității și variatele forme de expresii stereotipe din psihopatologie pot fi încadrate aici (stereotipiile ar fi simetrii de translație); tot aici ar intra sentimentul de incompletitudine.

- În sfârșit, simetria trăită nemijlocit, în inima nucleului motivațional al persoanei (deci în pre-act), ca ambivalență, ambivalentință etc.

- Fobia gravitează în jurul primei modalități.

COMENTARIU FINAL

Din vastul domeniu al ramurei medicinei care se numește psihiatrie, tema aleasă pentru studiu de față nu vizează problematica biologică sau terapeutică a acestei discipline ci este o temă de psihopatologie clinică.

Am ales pentru studiu aspectele psihopatologice și clinice ale fobiei în cadrul "micii psihiatrii". Psihiatria, ca ramură a medicinei, a fost abordată, dintr-o perspectivă antropologică, adică din perspectiva medicinei moderne.

Nu s-au făcut studii experimentale asupra cazuisticii studiate (în afară de aplicarea psihodiagnosticului Rorschach care e și un experiment). Der însăși psihopatologia clinică e un experiment natural, iar mare parte din experiențele ce se fac în domeniul psihiatriei caută tocmai să reproducă în condiții standardizate ale experimentului de laborator, ceea ce natura realizează ca atare. Astfel, studiul psihopatologic este într-o anumită măsură, studierea unui material obținut printr-un experiment natural. (ca de ex. studiul anomaliilor congenitale, - realizate prin mutații genetice _ în biologie).

Studiul nostru clinico-psihopatologic, pornește de la o grilă de abordare a "micii psihiatrii", construită pe două incidente: a) Pe de o parte incidența nosologic-morfologică, adică detalierea analitică a acestui domeniu al psihiatriei în persoană anormală, reacție, nevroză, psihopatie, personalitate derapantă; b) Pe de altă parte incidența calitativă, a ceea ce determină formele clinice ale figurilor nosologic-morfologice. Mai precis, faptul că acestea pot apare ca hysterice, depresive, fobice, obsesive, astenice.

Formele "pure" morfologico-calitative sunt desigur rare, dar tocmai studiul lor e cel ce poate contribui cel mai bine la lămurirea problemelor de explicare și fundare a modalităților clinice.

În lucrarea ne-am concentrat atenția asupra nevrozei fobice în special și a fobiei în general. Studiul nostru e clinic și psihopatologic.

A. Sub aspect clinic am încercat a demonstra cum fobia realizează figuri clinice independente (pure) în toate cadrele micii psihiatrii. În special am subliniat existența nevrozei fobice ca o nevroză posibil independentă ceea ce nu majoritatea autorilor acceptă, incluzând de obicei această nevroză în cadrul mai larg al nevrozei obsesivo-fobice sau al psihasteniei. În această problemă, concluziile noastre sunt următoarele:

- Nevroza fobică există ca o formă clinică independentă, distinctă de celelalte. În afară de aceasta pot exista forme mixte de nevroză în care fobia apare cu un grupaj de simptome ~~sau~~ ^{nu} doar ca un simptom. Formele mixte (polimorfe) sunt în special cele obsesivo-fobice, depresivo-fobice, psihasteno-fobice, fiecare cu maniere specifice de împletire a simptomelor fobice cu celelalte.

- Nevroza fobică tipică (pură) se caracterizează în primul rând printr-o disoluție a spațiului trăit și astfel simptomele sale sunt în primul rând fobii de spațiu (spațiul înțeles într-un sens larg, așa cum l-am analizat în capitolul analitic). Deci frică de întuneric și de înălțime, frică de stradă (mai precis de domeniul îndepărtat de casă sau de domeniul asigurat) cu claustrofobia, frică de mulțime, frică de obiecte în mișcare din față, de spate descoperit și în sfârșit nosofobie, care se bazează și ea pe alterarea trăirii spațiului propriului corp ca un spațiu asigurat. Toate aceste simptome nu apar izolat sau întâmplător ci într-o anumită organizare structurală. Materialul clinic studiat de noi aduce o serie de date concrete pentru conturarea clinică a nevrozei fobice.

- Importanța nevrozei fobice pentru medicină e multiplă:

- Ea reprezintă o boală psihiatrică ce trebuie identificată și tratată.

Ea reprezintă, sub diverse forme, momentul cel mai prielnic pentru iatrogenie și apoi, sub forma hipocondriei fobice și a dezvoltării hipocondriace vizează orice specialitate medicală; de aceea hipocondriacul fobic în devenire trebuie identificat și tratat la timp.

Diverse boli, internări, tratamente (mai ales chirurgicale) pot fragiliza trăirea lumii și a propriului corp ca un spațiu asigurat și predispune la nosofobie; e o consecință a actului medical în general.

B) Sub aspect psihopatologic, analiza pe care o facem demonstrează că aspectele clinice ale figurilor clinice din mica psihiatrie nu sunt ceva de neexplicat ci se fundează în modalitățile structural categoriale ale ființei umane. Astfel, analiza fobiei nu se poate face decât în paralel cu psihopatologia spațiului trăit. Faptele psihopatologice se fundează în structura categorială a ființei umane și se explică prin aceasta. Prin acesta psihiatria se definește încă odată ca o disciplină antropologică.

BIBLIOGRAFIE

1. Cerise, Dr., Des fonctions et des Maladies nerveuses..., Edit. V. Masson et Fils, Paris, 1870. (In carte apare la pg. 461, traducerea lui Trélat după Areteus)
2. Jaspers K., Psychopathologie generale, Alcan, Paris, 1928
3. Spinoza B., Etica, Ed. Stiintifică, Bucuresti, 1957
4. Monakov C von, Mourgue R., Introduction biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychopathologie, Alcan, Paris, 1928
5. Minkowski E., Le temps vécu, Coll. de l'Evolution psychiatriques, Artrey, 1935
6. Minkowski E., Le problème du temps vécu, în volumul Recherches Philosophiques, nr. V, 1935-1936
7. Minkowski E., Traité de psychopathologie, P.U.F., Logos, 1967
8. Groethuysen B., De quelques aspects du temps, în volumul Recherches Philosophiques, nr. V, 1935-1936
9. Ruyer R., De quelques aspects du temps, în volumul Recherches Philosophiques, nr. V, 1935-1936
10. Sartre J.P., L'Etre et le neant, Gallimad, 1943
11. Piaget J., Inhelder B., Memoire et intelligence, P.U.F., 1968
12. Ey H., La concience, P.U.F., 1963
13. Couffignal L., Information et theorie de l'information, în volumul Le concept d'information dans la science contemporaine, Les editions de minuit, V, 1965
14. Bernstein M.A., Ocerednie problemî fiziologhii activnosti, în rev. Problemi kibernetiki, nr. 6, 1961
15. Bernstein M.A., Istoricul ciberneticii și perspectivele folosirii ei în medicină, prefață la cartea lui Moiseev V.D. : Probleme de cibernetică în biologie și medicină, Ed. Medicală, București, 1961
16. Bernstein M.A., Căile și sarcinile fiziologiei activității, în rev. Probleme de filozofie, nr. 6, 1961
17. Bernstein M.A., Noile linii de dezvoltare în fiziologie și legătura lor cu cibernetica, în rev. Probleme de filozofie, nr. 8, 1962
18. Couffignal D., Le role metodologique de la cibernetique, în rev. Les Etudes Philosophiques, nr. 2, 1961
19. Ukraințev V., Despre posibilitățile ciberneticii în lumina propriității de reflectare ale materiei, în xxx vol. Probleme teoretice ale ciberneticii, Ed. Stiintifică, Bucuresti 1963
20. Guillaumaud J., Cibernetica și materialismul dialectic, Ed. Stiintifică, Bucuresti, 1967

21. Breines s., Napalkov A., Svecinski B., Neurokibernetika, Medgiz, Moskva, 1962
22. Ashby W.R., Design for a brain, ~~1953~~, London, Chapman Hall, 1960
23. Von Neuman, The computer and the brain, New Haven, Yale Univ. Press, 1958
24. Wiener N., Cibernetica, Ed. Stiințifică, 1966
25. Bize P.R., Carpenter R., Le penser efficace, Tom I, Paris, 1966, Société d'éducation d'enseignement superior
26. ^{Roth G.} Thomas d'Aquin et René Descartes, leur rivalité antropologique en psychiatrie, L'Evolution Psychiatrique III, XXXI, 1966
27. Schultze H.J., Das Autogene training, ~~Springer~~, ^{G. Thieme}, 1963
28. Ey H., Barthe H., L'isolation sensoriele, La presse médicale, 1963 Tom 71, nr. 34
29. Baskirov I., Stolianov H., Senzornaia izolatia, Korsakov, nr. 9, 1966
30. Lectii de psihiatrie, București, 1964 (curs suprauniversitar)
31. Gabriel M., Etre et avoir, Gallimard, 1935
32. Faure H., Les objects dans la folie, P.U.F., 1965
33. Piaget J., Inhelder B., La representations de l'espace chez l'enfant P.U.F., 1948
34. Piaget J., Psihologia inteligentei, Ed. Stiințifică, 1965
35. Fischbein E., Conceptele figurale, Ed. Academiei, 1963
36. Sviderski V.I., Spațiul și timpul, Ed. Stiințifică, 1960
37. Meritain J., Reflexiunimasupra inteligentei, Ed. Cartea Romînească 1928
38. Wallon H., De la actmla gândire, Ed. Stiințifică, 1963
39. Wallon H., ^{Les origines du caractère} ~~La construction~~ de la personabité chez l'enfant, Paris, (Masson, 1954) P.U.F., 1949
40. Binswanger L., Grundformen und erkenntnis menschlichen daseins, Ed. Max Niehans, Zürich, 1942
41. Pigassou R., L'integration visueles, Acte Neurol. et Psychiat. Belgica, vol. 67. Mars, 1967
42. Arieti S. American ~~Hand~~book of Psychiatry, New York, Basic Books, 195
43. Nuttin J., La structure de la personalité, P.U.F., 1965
44. Kretschmer E., Medizinische Psychologie, Springer, 1961
45. Delay J., Pichot P., Abrégé de psychologie, Masson, 1964
46. Buber M., Je et Tu, Fernand Aubier, Paris, 1938
47. Mounier E., Traité de caracer, Ed. du Seuil, 1947
48. Schulte W., Studien zur heutigen psychotherapie, Ed. Quelle und Mayer, 1964, Heidelberg
49. Lhermitte J., L'image de notre corps, Masson, 1939
50. Merleau-Ponty, La phénoménologie de la perception, Paris, N.R.F. 194
51. Merleau-ponty, La structure du comportement, P.U.F., 1954
52. Lhermitte J., Ajuriaguera J., Psychopathologie de la vision, Masson, 1942
53. Jeanerod M., La fonction instrumental du corp comme origine de

- l'Espace Percu, Psych. Neurol. Basel, 149, 1965
54. de Clerambaud G., Oevre psychiatrique, P.U.E., 1942
 55. Marcus S., Nicolau Ed., Steti S., Introducere in lingvistica matematică, Ed. Stiințifică, 1966
 56. Andreev P.E., Contribuții la problema spațiului in microcosm, in rev. Probleme de filozofie, nr. 2, 1963
 57. Aristotel, Metafizica, Ed. Academiei, 1965
 58. Feuerbach L., Colectia "texte filozofice", Ed. de stat pentru literatură stiințifică, 1954
 59. Leroi-Gourhan A., Le gest et la parole, Albin Michel, 1964
 60. Göppert H., Zwangskrankheit und depersonalisation, S. Karger, 1960
 61. Schneider K., Klinische psychopathologie, Springer, 1961
 62. Courbon P.C., Buyat Pochon, Claustromanie, coprochesie et trichophorie par abulie psychastenique, Encefal, Mars, 1924
 63. Gebattel V.E., Zeitbezogenes Zwangsdanken in der Melancholie, in Prolegomena für eine medizinischen Anthropologie, Springer, 1954
 64. Fenichel O., La théorie psychanalytique des névroses, P.U.F., 1953
 65. Janet P., Les Névroses, Ed. Flammarion, Paris, 1924
 66. Gebattel V.E., Die Welt der zwangskranken, in Prolegomena für eine medizinischen Anthropologie
 67. Widlöcher O., Personalité obsessionnel et personnalité phobique, in La revue du praticien, Tom XV, 7, 1965
 68. Stössel St., Lăzărescu M., Nevroză și activitate, in Rev. Neurol. Psihiatr. Neurochirurg., 1, 1968
 69. Gebattel V.E., Die psychasthenische Phobie, in Prolegomena für eine medizinische Anthropologie
 70. Arieti S., A reexamination of the phobic symptom and of symbolism in psychopathologie, in Americ. J. Psychiat., 118, August, 1961
 71. Lopez Ibor J.J., Analyse structurale des obsesions, in Revista de hospital psiquiatrica de la Habana, vol. 3, 1962
 72. Leo Salzman M.D., Obsesion and Phobias, Contemp. Psychoanal., 2, 1965
 73. Paal Gerd, Hypochondrische Syndrome, in rev. Der Nervenarzt, 1, 1968
 74. Dupré E., Les Cénestopathies, in vol. Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, Payot, 1925
 75. Neumärker J.K., Iatrogene hypochondrische Neurosen und ihre Individualtherapie, in Rev. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie, 13, 5, 1966
 76. Schneider K., Die psychopathischen Persönlichkeiten, Wien, 1960
 77. Lăzărescu M., Carp O., Modele și direcții de dezvoltare iatrogenă, in rev. Spitalul, nr. 4, 1967
 78. Schipkowsky N., Iatrogenie oder befreiende psychotherapie, Ed. S. Hirzel, Leipzig, 1965
 79. Sauguet H., Etats hypochondriaques névropathiques, in Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 37350 A 10
 80. Lopez Ibor J.J., Basic anxiety as the core of neurosis, Acta psych Scand., 41, 1965

81. Petrilowitsch N., Beiträge für eine struktur-psychopathologie, S.Karger 1958
82. Dupré E., La constitution émotive, in vol. Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, Payot, Paris, 1925
83. Ey H., Bernard B., Brisset Ch., Manuel de psychiatrie, Masson, 1963
84. Petrilowitsch N., Abnorme Persönlichkeiten, S.Karger, 1960
85. Davidenkov S., Nevrozî, Meğgiz, Leningrad, 1963
86. Léo P., Les nevroses, Paris, 1960
87. Petrilowitsch N., Zur caracteriologie der Zwangsneurotiker, Ed. S.Karger, 1958
88. Rorschach H., Psychodiagnostic, Hans Huber, Bern, 1946
89. Bohm Ewald., Lehrbuch der Rorschach Psychodiagnostic, Hans Huber Bern, 1951
90. Loosli Usteri, Manuel de Test de Rorschach, P.U.F., 1956
91. Minkowska F., Le Rorschach, à la recherche du monde des formes, Desclée de Brouwer, 1956
92. Bochner R., Psychodiagnostic Rorschach, P.U.F., 1954
93. Monnier M., Le test psychologique de Rorschach, Encefal, 1934, pag. 189
94. Psychiatrie und psychologie, S.Karger, 1964
95. Roth M., Harper M., Temporal lobe epilepsy and phobic anxiety-depersonalization syndrom, Compt. Psychiatr. 3, August, 1962
96. Roth M., The Phobic anxiety-depersonalization syndrom, Proc. Roy. Soc. Med., 52, August, 1959
97. Mayer Gross W., Slater E., Roth M., Clinical psychiatry, London, Cassel, 1960
98. Kahn E. Die psychopatischen Persönlichkeiten, in Handbuch der Geistes Krankheiten, Band V, I
99. Janet P., Les Obsessions et la psychasténie, Paris, 1903, Alcan
100. Parnitzke H.K., Regel H., Marginalien zur Genese und Structur einer monströsen Zwangneurose, in rev. Neurol. Psychiatr. und Medizinische Psych., 18, 3, 1966
101. Kamenewa E., Sur les limites et les particularités symptomatologiques des formes légères de la schizophrénie Ann. Med. Psych., 1935, II, 365-
102. Kollé K., Psychiatrie, Ed. Gh Thieme, 1961
103. Claude H., Borel A., Robin G., Considerations sur la constitution schizoïde et la constitution paranoïde, Encefal, nr. 8, 1923
104. Claude H., Borel A., Robin G., La constitution schizoïde, Encefale, nr. 4, 1924
105. Borel A., Robin G., Les reveries morbides, Ann. Med. Psych., 1924
106. Ewald G., Neurologie und Psychiatrie, Ed. V. Urban, 1964
107. Rubinstein S.L., Principiul determinismului și teoria psihologică a gândirii, in vol. Psihologia în U.R.S.S., 1964, Ed. Stiințifică.
108. Rubinstein S.L., Existență și conștiință, Ed. Stiințifică, 1960
109. Rebufet P., La notion de l'espace et son utilisation en psychopathologie, in Entretiens psychiatriques, 10
110. Mallet J., Nevrose phobique, in Encyclopedie med-chir, Psych., vol. II, 3776

