

INSTITUTUL DE MEDICINĂ  
TIMIȘOARA

Mircea Lăzărescu

Probleme de psihopatologie a spațiului trăit

Teza de doctorat

Conducător științific  
Prof. dr. doc. EDUARD PAMFIL

1963

INSTITUTUL DE MEDICINA  
TIMISOARA

Mircea Lăzărescu

PROBLEME DE PSIHOPATOLOGIE A SPATIULUI TRAIT

TEZA DE DOCTORAT

Conducător științific  
Profesor Doctor Docent, Eduard Pamfil

CUPRINSUL LUCRĂRII

ARGUMENT .....	pg. 1
MATERIAL SI FORMA .....	pg.2
n Scopul și planul lucrării, material și metodă	
ANALITICA .....	pg. 8
Frica și spațiul trăit în perspectivă antropologică	
PSIHOPATOLOGIE .....	pg.36
Spațiul trăit și psihopatologia fricii	
CLINICA .....	pg.95
Figurile clinice ale fobiei în "mica psihiatrie"	
COMENTARIU FINAL .....	pg.128
BIBLIOGRAFIE .....	pg.132

## A R G U M E N T

Aretaeus din Cappadochia (sec.II e.n.) a descris următorul

x)  
caz :

"Un dulgher era muncitor abil atita vreme cât era acasă la el: măsura foarte bine lemnul, le tăia, le netezea, le ansambla perfect, se ocupa foarte rezonabil de treburile sale și de prețurile pe care le cerea arhitecților pentru munca sa; în sfârșit, dovedea o inteligență deplină atita vreme cât rămânea pe loc sau nu ieșea din cercul ocupațiilor sale. Dar dacă el mergea în piața publică sau la bae, sau într-un oarecare alt loc, la început era cuprins de o cumplită transpirație, apoi ieșea apropiindu-și umerii într-un fel de frison și în sfârșit începea să-și piardă rațiunea și chiar să trăiască o stare de agitație mai mult sau mai puțin vie dacă nu regăsea cu privirea atelierul și lucrătorii săi. Dacă se reîntorcea rapid, își revenea cu aceeași promptitudine, în așa măsură exista o conexiune și un fel de înrudire între spiritul acestui om și locul în care el se desfășura într-o manieră oarecare".

Acest fenomen de psihopatologie, al stării de rău care-l cuprinde pe pacient în situația în care e depărtat de propria-i locuință și propriul loc de muncă, mai ales atunci când se află în "piața publică", a fost înregistrat de psihopatologia ultimului secol, iar Westphal îl denumește în 1872 foarte sugestiv "agorafobie". Agorafobia lui Westphal este însă doar o altă denumire pentru simptomul pe care germanii l-au denumit mai de mult "Platzschwindel" adică răul ce-l cuprinde pe individ în mijlocul unei pânețe largi și goale. În 1879 Benjamin Ball descrie claustrofobia. Ulterior, lista fobiilor patologice se înmulțește la infinit; dar, problema care pentru noi constituie un punct de plecare - și care apare pregnant în cazul lui Aretaeus - este: cum și prin ce mecanism lumea în structurarea sa topologico-spațială poate deveni temă sau argument pentru o trăire psihopatologică de aspect fobic?

x) Traducerea e făcută după versiunea franceză a lui Trélat: "Recherches historiques sur l'aliénation mentale" "Journal de progres", T.V.(1).

.. // ..

## M A T E R I A L   S I   F O R M A

### Scopul și planul lucrării; material și metodă.

Teza de față își propune să abordeze o temă de psihopatologie clinică.

Psihopatologia rămâne și astăzi coloana vertebrală a clinicii psihiatrice; ea este elementul primordial al conturării cadrelor nosologice, al înțelegerii structurării și dinamicii simptomelor, al criteriilor de gravitate și evolutivitate. Desigur, ea nu epuizează aspectul clinic dar îl fundează. "Faptele" psihopatologice se extrag din studiul cazurilor clinice, dar prelucrarea lor dă argumente pentru ordonarea materialului clinic.

În același timp, psihopatologia modernă s-a plasat în mod irevocabil într-un cadru antropologic. Structurile, modalitățile și dimensiunile normale, uzuale de a fi ale omului - ca fațete ale personalității umane - reprezintă punctele de referință în raport cu care poate și trebuie să fie descris și înțeles orice fapt psihopatologic.

Boala, în orice mod s-ar manifesta, privește întreaga persoană umană. Un cancer nu este numai un proces polimitotic identificabil de medic și care necesită aplicarea unor procedee terapeutice, putând în final duce la moartea unui individ; cancerosul va resimți în plus, în subiectivitatea sa, maleza corporală secundară cașectizării și durerile, după cum, conștiința faptului că e bolnav de cancer poate da o dimensiune psihopatologică maladiei. Hipertensiunea arterială poate condiționa crize de angor pectoris cu sentimentul morții iminente, dar cunoașterea faptului de a fi bolnav de o hipertensiune arterială poate condiționa o tensiune anxioasă care

.. // ..

să întrețină în feed-back procesul maladiv inițial. O epilepsie genuină nu reprezintă doar posibilitatea unor descărcări neuronale sincrone (cu o anumită manifestare corporală periferică) ci conștința acestei boli - și raportul celorlalți față de epileptic - poate modifica însăși caracterul persoanei. Omul poate să se teamă nu numai de moarte ci și de boală; și această teamă de boală poate fi nu doar o mascare a fricii de moarte; boala poate funcționa nu numai ca simbol al morții ci ea poate fi marca introducerii omului într-un nou univers, cu un nou statut social. Mai mult decât atât, însăși frica umană se poate și ea metamorfoza în boală. Astfel, frica de a nu avea cumva o boală, nosofobia, poate fi o boală ce necesită intervenția medicului, a psihiatrului în primul rând. Frica de a nu avea cumva o boală este o frică legată de un pericol prezent (sau putînd isvorî din) domeniul propriului corp. Dar și alte modalități ale fricii pot transforma persoana umană într-un pacient, adică într-un individ care "îmbracă un statut de bolnav" și are nevoie de ajutorul personajului denumit medic pentru a se putea reinstala în existența uzuală. Așa sînt diversele frici legate de un pericol prezent în (sau putînd isvorî din) domeniul lumii cu care individul vine în contact: frica de obiecte ascuțite, de obiecte tăioase, de poduri, fîntîni, de aglomerație umană, de locuri înguste sau piețe largi și goale etc. Dar să nu uităm că suntem într-un domeniu de patologie; frica nemotivată prin nimic de o boală, frica de a merge pe stradă, semnaleză fapte de patologie care se cer studiate (și rezolvate medical) la fel ca hipertensiunea arterială, cancerul sau epilepsia.

## II

Considerațiile de mai sus asupra raportului dintre frică și patologie le-am făcut pentru a facilita formularea "tezei" pe care intenționăm să o formulăm și s-o dezvoltăm în lucrarea de față. Inițial, preocupările noastre au fost îndreptate (de-a lungul mai

multor ani) spre studiul nevrozei fobice, contestată de mulți autori autohtoni și străini ca o nevroză posibil independentă. În același timp aproape toți cei ce acceptă nevroza fobică, o fundamentează pe argumente psihanalitice. Acest studiu inițial doar clinic, ne-a condus ulterior spre alte considerații.

Prin definiție frica se referă la un "ceva", omului îi este frică de "ceva" și în orice caz de ceva prezent sau posibil a fi prezent în lume. Meditația abstractă asupra inevitabilității morții nu poate fi argument de patologie (de psihopatologie bineînțelese). Fobia - ca frică patologică - face individul atent la lume, la lumea ca preajmă imediată, la lumea știută ca existind, la corpul său care face și el parte din lumea percepută și știută ca prezentă. Pericolul poate isvorî de undeva, este localizat undeva, într-un loc al acestei lumi și de aceea fobia (frica) nu poate fi concepută fără considerarea lumii ca o realitate structurată spațial, cu locuri, oameni, obiecte anumite, aflate în raporturi determinate unul față de altul. Omului îi poate fi frică de boala localizată în corpul său, se poate teme de a se raporta activ la (a parcurge, a fi prezent printre) anumite domenii ale lumii exterioare, de a întâlni anumite obiecte etc. De aceea, fobicul este "atent" la lume. Depresivul, dimpotrivă, chiar în modalitatea nevrotică, este indiferent față de lucrurile din jurul lui, față de lumea structurată spațial căci pentru el lumea este palidă sau contează prea puțin. Atent la lume, fobicul trăește crispat și dificil lumea ca spațiu. Înțelegerea fobiei ca fapt psihopatologic nu poate fi făcută decât prin analiza raportării individului uman la lume ca structurată spațial. Fără a putea formula o relație de cauzalitate putem susține că studiul psihopatologiei fobiei se poate face în modul cel mai adecvat prin studierea în paralel a psihopatologiei spațiului trăit. În același spirit s-a putea analiza cum studiul depresiei se poate face în modul cel mai adecvat prin studierea în paralel a psihopatologiei

timpului trăit, studiul isteriei în paralel cu studiul psihopatologiei relațiilor interpersonale, al obsesiei - în cuplu cu psihopatologia libertății. E vorba în cele din urmă de o încercare de fundare a formelor clinice întâlnite în "mica psihiatrie", de depășire a simplei înregistrări descriptive a unor modalități clinice (fobice, obsesive, isterice, depresive, astenice etc.) mai mult sau mai puțin "pure" prin încercarea de a găsi "rațiunea de a fi" a simptomului sau formei clinice, în însăși trama structurală a personalității. În lucrarea de față vom urmări această problemă doar privitor la fobie și spațiul trăit.

### III

Teza noastră se bazează pe studiul a 160 cazuri de fobici (majoritatea încadrabili în nevroza fobică, în orice caz făcând parte din "mica psihiatrie") urmăriți personal între 2 și 5 ani. Metoda studiului clinic evolutiv a fost cea care ne-a ghidat. Am cules date despre pacienții noștri din toate documentele medicale (și nemedicale) care consemnau date despre caz neobservate de noi nemijlocit, sau evoluția cazului în antecedente. Pentru cazurile care fuseseră în evidența noastră cu un timp în urmă am procedat la o catamneză amănunțită. Materialul nemijlocit pe care l-am cules în legătură cu cazurile noastre a constat într-un studiu clinic și ambulator, bazat pe observație, discuție și materialul informativ rezultat din psihoterapia individuală (între aprox. 30 și 80 ore, eșalonate în timp, pentru peste 100 cazuri). În plus, la toate cazurile am procedat la studiul personalității prin psihodiagnosticul Rorschach. Acceptând în principiu teza lui Jaspers (2), cum că în psihopatologie analiza detaliată a unui caz tipic valorează mai mult decât o statistică bazată pe analiza stas, am considerat că studiul în extensie (adică studiul amănunțit și detaliat a cât mai multe cazuri tipice sau excentrice, urmărite în evoluția lor de-a lungul anilor) este o metodă de prim rang în psihopatologie. Mate-

.. // ..

rialul clinic studiat de noi l-am supus și unei analize statistice, din unele puncte de vedere. In concluzie, nu am aplicat vre-o metodă nouă de studiu psihopatologic; aportul studiului nostru constă - credem noi - în sensul analizei.

Cazuistica amintită mai sus este extrasă dintr-o cazuistică de aprox. 400 cazuri, fișate și urmărite similar, care cuprindea și cazuri de obsesivi și psihastenici, la care fobia era doar periferic prezentă în simptomatologie, și la fel cazuri de "reacții fobice" pasagere sau cazuri limitrofe psihozei dar emergând dintr-o structură și un context de trăire fobică a personalității. In studiul nostru vom face referință și la aceste cazuri - care într-un fel încadrează cazurile "pure". De asemeni, vom face referiri la unele cazuri culese din literatură.

#### IV

In concluzie, am efectuat un studiu de psihopatologie clinică. Acest studiu, bazat pe analiza (și utilizarea) unui material faptic clinic ne conduce în final la conturarea nevrozei fobice (și a altor "figuri" din cadrul "micii psihiatrii" colorate fobic) ca modalitate posibil pură, distinctă de alte forme de nevroze, distincție ce nu se fundează doar pe argumente psihanalitice. Analiza clinicii fobiei o facem în ultimul capitol al lucrării în care încercăm să aducem o contribuție la problemă, nu numai prin fundamentarea nevrozei fobice ci și prin maniera în care concepem taxonomia "micii psihiatrii".

Partea centrală a lucrării o considerăm însă capitolul de psihopatologie. In acest capitol urmărim în paralel psihopatologia fobiei cu psihopatologia spațiului trăit, relevând relațiile dintre acestea. Utilizând material de psihopatologie clinică vom descrie trei modalități în care fobia apare (ca fapt psihopatologic) în strînsă legătură cu alterarea spațiului trăit.

Cele două capitole anunțate mai sus se cer precedate de un al treilea, care să precizeze sensul în care utilizăm unii

termeni în lucrarea de față; aceasta este o necesitate metodologică stringentă a oricărei lucrări științifice din zilele noastre. În afară de precizările și delimitările semantice, capitolul despre care vorbim acum va fi un capitol analitic, care va aduce în discuție unele probleme de antropologie care vor fi folosite în capitolele ulterioare. În speță este vorba de abordarea constituirii și circumscrierii spațiului trăit, ceea ce ne va permite analiza modalităților de disoluție a acestuia, fapt fundamental - considerăm noi - pentru psihopatologia fobiei.

Această parte de "analitică antropologică" are la prima vedere o mai mică legătură cu medicina și prin forța împrejurărilor, apare sub forma extragerii dintr-o problematică antropologică mai vastă și coherență a problemelor de care avem nevoie, de unde probabil un aspect dispart și greoi al expunerii. Introducerea sa este însă absolut necesară.

x

x x

Lucrarea noastră nu aduce descoperiri în domeniul factologiei biologice; ea are însă - sperăm - o importanță pentru psihopatologie (și pentru clinica psihiatrică) și prin aceasta, desigur, pentru medicină.

Frica și spațiul trăit în perspectivă antropologică.

Ființa umană conștientă, care-și desfășoară complexa sa existență în lumea în care este inserată, poate să-și îndrepte atenția și asupra sa, să se abordeze și pe sine, poate să transforme însăși omul într-un obiect al preocupărilor sale. Această abordare, analitică și reflexivă, face din om obiect al științelor și filosofiei, ducând la edificarea unei antropologii. Perspectivile antropologiei sînt multiple și aici doar cîteva ne vor reține atenția.

Persoana umană are o structură complexă. Ea are nivele (paliere) ce se presupun unul pe altul și se întretes, are trăiri diferențiable calitativ ce se desfășoară ca un flux, întretesut cu o structură persistîndă. Persoana umană raportîndu-se la lume prin act și limbaj relevă o structură spațio-temporală proprie; ea se institue în lume, comunică cu lumea, se raportează la ansamblul acesteia și cu osebire la lumea umană, la alți oameni, la altul. Conștiința umană, subsumată și ea corporalității umane, se afirmă prin reflexie și libertate etc. Toate aceste probleme au importanță și pentru psihopatologie. În capitolul de față vom decupa și desvolta unele aspecte ale acestei problematice, care ne vor servi în capitolele următoare.

I

Prolegomena pentru frică. Dimensiunea actuală a psihismului.

Frica se dovedește destul de greu de circumscris de îndată ce părăsim limbajul curent și operăm cu o considerare analitică. Dacă ne aplecăm cu atenție asupra realității, putem distinge următoarele trăiri, diferite de frică, dar gravitînd în jurul ei:

.. // ..

+ Spaima, ca o trăire ce se instalează brusc drept consecință a surprinderii individului de către o informație cu o semnificație de secantă amenințare existențială, de pericol existențial iminent și nemijlocit. In spaimă, persoana e redusă, din punct de vedere al trăirii subiectiv fenomenologice la trăirea semnificației respective; din punct de vedere corporal întâlnim un stress global cu o descărcare critică neuro-endocrină realizând vasoconstricție periferică (cu paloare), transpirații ( reci), horipilație, relaxarea sfincterelor, etc. Si mușchiulatura de relație se află într-o montură excentrică: "împietrire" de spaimă (deci hipertonie), "tăierea picioarelor" (deci hipotonie posturală) etc. Montarea corporală globală și trăirea semnificației - resimțită și afectiv - fac "corp comun", ceea ce a și permis dezvoltarea teoriei lui James asupra emoțiilor.

- Angoasa, care e o trăire resimțită afectiv și exprimată corporal similar cu spaima dar unde nu informațiile venind din lumea exterioară apar ca determinante ale trăirii, ci factori endogeni, interni.

x) Există un mod tautologic de definire a trăirii și a semnificației ce o determină și care e propriu fenomenologiei: are semnificație de pericol și amenințător existențial informația care descifrată comprehensiv induce spaima și invers, induce spaimă o informație cu o semnificație de pericol existențial. E desigur posibilă și o definire obiectiv ontică (așa cum face de ex. Spinoza în Etica (3) sa): este rău pentru un individ (în cazul de față pericol) ceea ce contribuie la diminuarea formulării și dimensiunii sale existențiale (în cazul de față ceea ce conține potențial argumentele de distrugere, de anihilare a individului ca ființă). Cele două definiții se completează reciproc.

xx) Un exemplu clasic al determinismului endogen al angoasei e considerată "trăirea iminenței morții" din angor pectoris. Ceea ce trăiește nu "e"frica de moarte", (ceea ce ar presupune o luare de atitudine) ci sentimentul unei iminente dispariții. Angoasa e prin definiție a-tematică (în sensul, propriu a termenului temă). Analitic vorbind, trebuie să distingem două teritorii ale sistemului nervos, răspunzătoare de angoasa atematică (așa cum apare ea pregnant în criza Kakon a lui Monakow (4): 1) pe deoparte avem zona bulbului unde se cumulează centrul vitali responsabili de homeostazie (în sens strict de menținere a existenței); interocepția venind de la aparatul cardiovascular și respirator perturbându-se semnalizează un "pericol vital" pentru sistem în ansamblu; 2) pe de altă parte mezencefalul și substanța reticulată a acestei zone culegând informații în special de la labirint și informații proprioceptive; căderea bruscă a nivelului informațiilor proprioceptive și excitația labirintică (deci primul front al sistemului

- Individul trăește o tensiune de așteptare când o informație se institue brusc pentru conștiință ca un indice a unui eveniment important (și posibil periculos), care se anunță ca o apariție posibilă. In acest caz, individul încordat, prospectează mediul înconjurător având toate sistemele receptoare și efectoare montate pentru randament optim. Ceea ce se urmărește în această prospecție nu e numai clarificarea sensului informației ce se anunță ci și a locului și modului precis în care ea urmează a se prezenta. Tensiunea de așteptare (redușă uneori la un simplu reflex de orientare) este o trăire de scurtă durată dar ea se poate prelungii într-o tensiune exploratorie (când individul trece la explorarea unui teritoriu necunoscut, plin de primejdii potențiale) sau într-o așteptare anxioasă când informația ce se anunță nu se diferențiază semnificativ și nici individul nu se montează activ. Aceasta din urmă se deosebește de tensiunea exploratorie prin pasivitatea așteptării, așteptare în care individul simte că nu mai e stăpîn pe prezența lui în lume și "un ceva exterior" diluează soliditatea certitudinilor sale.

- O altă modalitate a cea a panicii. Să luăm în considerare situația prezenței în întuneric. In acest caz ~~are~~<sup>apare</sup> o perturbare a fluxului informațiilor ce vin din lumea externă ceea ce poate determina o tensiune de așteptare sau o așteptare anxioasă. Dar mai importantă decît aceasta pentru individ este conștiința lipsei posibilităților de acțiune, de utilizare a instrumentalității de ripostă prin act din cauza lipsei de repere exterioare, din cauza faptului lumea nu se mai prezintă ca o lume a acțiunii posibile. Această conștiință a ne-validabilității (sau infirmității) mijloacelor de acțiune în lume e o informație precisă, un dat cunoscut și ea e genetiv antigrafific și de acțiune) determină încă de la sugar reacții expresive de tip angoasă.

Un nivel de integrare superior e desigur cel hipotalamo-diencefalic, ca suport pentru nivelul emotivo-impulsiv al persoanei. Desfășurarea unor conflicte instinctive sau a unor derute motorii la acest nivel pot iradia în modelul mezencefalo-bulbar. Nivelele integrative superioare modulează desigur în finețe și în legătură tematică modalitatea primitivă și fundamentală a agooasei.

ratoare de anxietate-panică. Această informație poate fi sau fundamental înscris în dimensiunea persoanei (de ex. la un individ cu un membru amputat la un hipogeuze sau la un mare astenic) sau condiție a unor modulări circumstanțiale a trăirilor. Astfel, dacă în momentul instaurării spaimii individul trăește ca o informație certă și conștiința imposibilității de ripostă în fața evenimentului amenințător (deci conștiința că "nu mai e nimic de făcut și trebuie să se predea în fața pericolului") atunci trăirea spaimii se transformă în trăirea groazei (sentimentul catastroficului). Individul mai poate trăi și panica pur și simplu, atunci când, având conștiința invalidității mijloacelor de acțiune, informația anunțată nu s-a clarificat semnificativ ca ceva periculos, dar vagul informativ e compensat de către individ prin "investire" (imaginar-fantastică) cu semnificație de acest tip.

Remontarea conștiinței (ca un câmp al conștiinței angajate în act) după reducția pe care o operează emoția (spaima) se face în mai multe etape succesive.

În clipa spaimii, ansamblul a tot ceea ce individul știe precum însăși perceperea preajmei și atitudinea sa față de aceasta sînt anihilate. În primul moment al revenirii după emoția de spaimă, pentru persoana respectivă situația începe să se clarifice (să se structureze): respectivul percepe din nou preajma formată din obiecte distincte, aflate în anumite raporturi între ele și în anumite raporturi față de individul; el își dă seama ce i-a provocat spaima, care informație s-a detașat, ca o figură pe fond, sperîndu-l. Căci în însăși "clipa" spaimii, fondul nu exista, informația cu pricina nu apărea într-un context ci făcea doar "corp comun" cu trăirea și montarea individului.

Într-o ulterioară etapă, individul iese din pasivitatea sa inițială, din situația de om "surprins" de o semnificație, și schițează o soluție, o rezolvare a situației în care se află. În orice

caz trece într-o stare activă și își formulează o intenție-scop. În acest moment în care atitudinea individului față de situație s-a schimbat, în care el se resimte o ființă capabilă de acțiune și montată corporal pentru aceasta, și preajma apare deja altfel, mai pregnant, mai clar. Dar ceea ce e mai important, lumea înconjurătoare apare în acest moment ca un domeniu în care individul ar putea acționa. Deci în individ se institue o disponibilitate de acțiune - iar preajma apare ca un câmp al acțiunii posibile. În continuare, din ce în ce mai stăpîn pe situație, individul construiește în grabă-mai mult sau mai puțin conștient - un algoritm al acțiunii posibile; deci ce va face, și în ce ordine, pentru a rezolva situația periculoasă, pentru a atinge scopul pe care și l-a formulat în acest sens. În acest moment și preajma apare ca structurată mai detaliat și mai ales, clară din punct de vedere a posibilităților ce le oferă actului (fie el fugă sau ripostă - dacă e vorba de prezența unui agresor, fie alte modalități în alte situații). Preajma care în prima clipă nici nu exista, care în a doua apărea ca un fond pe care se detașează o figură, se desvăluie apoi nu numai ca un text vag descifrat ci ca domeniu în care se va desfășura acțiunea, ca scenă potențială a ei. Si doar la acest nivel lumea înconjurătoare apare ca structurată spațial, deci nu numai ca obiecte corelate semnificat și ordonate ci ca un spațiu în care se va desfășura viitoarea acțiune. Trăirea lumii ca spațiu (de către o persoană umană) e inseparabilă de trăirea ei ca un domeniu al actului.

Urmează trecerea la actul desfășurat efectiv, act centrat de o temă-scop (situația dorită). În îndeplinirea acestuia se utilizează informațiile din preajma schimbătoare, din fondul «nezic precum și informația inversă (atît cea care furnizează date despre funcționarea organelor de acțiune cît și cea care dă date despre îndeplinirea microetapelor algoritmice). Toate aceste informații sunt prelucrate pînă la atingerea temei-scop. Angrenarea în acțiunea efectivă (și posibilitatea desfășurării sale pînă la capăt) dau orizontul

.. // ..

și dimensiunea de actual a persoanei conștiente, structurează conștiința ca un câmp al prezenței actuale la lume prin act și reprezentă suportul trăirii temporalității.

Filmul reinstalării câmpului de conștiință după reducerea sa la axul trăirii semnificației (în emoție), ne dă o structură a acestuia care poate fi studiată amănunțit după două metode: analiza fenomenologică și modelarea cibernetică.

Fenomenologia a ridicat problema "actualității" conștiinței. Din punct de vedere al conștiinței prezentul este oare punctiform? Fenomenologia răspunde negativ la această întrebare: prezentul conștiinței "durează", are dimensiune și structură precum și calități deosebite față de trecutul și viitorul persoanei conștiente. Aceste fapte au fost studiate de către psihopatologi și au importanță pentru psihopatologie.<sup>\*)</sup> Într-o recentă lucrare de sinteză fenome-

x) Problema persoanei conștiente ca actualitate și problema prezentului prihic s-a născut și s-a elaborat în urma discuțiilor post-Bergson-iene din deceniul III-IV despre durată și timpul antropomorf. Eforturile erau îndreptate înspre circumscrierea prezentului, trecutului și viitorului ca timpuri trăite, ca aspecte calitative deosebite ale duratei umane. O contribuție importantă în acest domeniu a avut-o psihopatologul E. Minkowski (5, 6, 7, 8, 9, 10). Minkowski descrie trecutul, prezentul și viitorul ca trei moduri calitative diferite ale timpului trăit: timpul fuge, se scurge, nu mai este, a fost (trecut), el durează (prezent) și progresează având un sens și creînd (viitorul). Prezentul se află între trecut și viitor nu ca un loc geometric ci ca o modalitate calitativă. Prezentul ~~ce~~ durează se caracterizează prin penetrație (în raportul dintre persoană și realitate) prin simpatie și contemplare (în același raport). Prezentul nu are limite fixe, nu este doar un "acuma", el este o parte de timp un acuma desfășurat situat pe același plan cu activitatea și așteptarea. Prezentul înseamnă a se "opri" asupra lumii (nu a fi oprit) și în această "întârziere" asupra realului, a lumii în prezent, realul e "penetrat", "gustat" - dacă rămînem la suprafață, dar putem merge și în profunzime fiind "atenți" la lume; atenția ține totul într-un prezent etc.etc. Din perioada în care Minkowski își elabora punctele de vedere, chiar fenomenologia s-a dezvoltat. În text menționăm punctul de vedere sintetic al lui H. Eysenck, care, încercînd să răspundă la problema: ce face ca prezentul să aibe durată, prin ce se dimensionează prezentul trăit ca un actual, aduce în discuție problema actualului ca structurant al actualului. Prin aceasta perspectiva fenomenologică se apropie de cea cibernetică, așa, cum vom sublinia în continuare. Am mai vrea să facem remarcă cum că, în studiul omului, în antropologie, în afară de fenomenologie și cibernetică mai avem multe alte metode și perspective care ne ajută să descifrăm complexitatea ființei umane. Astfel, numai în ceea ce privește problema trecutului, prezentului și viitorului, o perspectivă interesantă poate rezulta din cercetările de psihologie experimentală ale lui Piaget asupra inteligenței. În una din ultimele sale cărți Piaget (11) circumscrie memoria ca un limbaj și o inteligență a trecu-

nologică, H.Ey, bazându-se pe vastele și îndelungatele sale cercetări de psihopatologie, descrie următoarea structură a "cîmpului de conștiință (infrastructura conștiinței constituită în cîmp):

a) cîmpul circumscris și orientat prin sensul său

b) cîmpul ca scenă a actualității trăite, "ca un mediu al raportării ... ca o disponibilitate de spațiu necesar desfășurării acestei reprezentării.

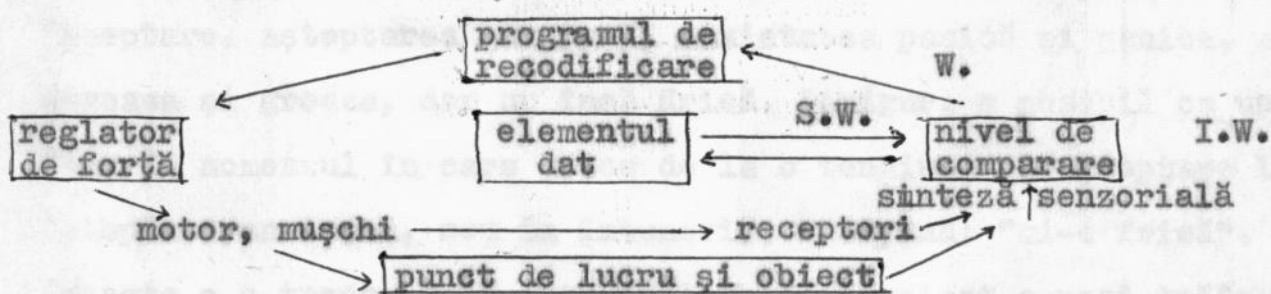
c) cîmpul ca un cîmp al prezentului și prezenței: "a fi prezent la lumea sa, constă de fapt în a organiza prezentul ca o situație în care se angajează a acțiune (dinamismul care face din actualitate un act)".

Fenomenologia rămînînd o metodă originală și importantă de studiu a persoanei umane conștiente, nu exclude alte metode de cercetare în acest domeniu. Astfel ea nu exclude cibernetica<sup>x)</sup> ci dimpotrivă, prin factologia ce o prezintă, poate furniza material prim pentru modelări cibernetice. Pe de altă parte, modelele cibernetice nu numai că pot fi utilizate la transpunerea și studiul actului uman

tului. Pornind de aici, se poate privi ființa umană inteligentă ca abordabilă din trei perspective: inteligența trecutului-memoria, inteligența prezentului-inteligența pragmatică, inteligența viitorului-imaginarul (Prof.E.Pamfil).

x) Ceea ce ne interesează e în primul rînd cibernetica, ca metodologie (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) ca posibilitate de modelare a comportamentului finalizat și deci a actului uman. Nu uităm desigur

voluntar, ci în acest domeniu cibernetica este în însăși inima problematicii sale. Couffignial spunea: "cibernetica = arta de a face acțiunea eficientă"(13). Se poate vorbi într-un anumit sens de "funcția cibernetică a psihismului" (Prof.E.Pamfil). În general, cibernetica se preocupă de modelarea oricărui comportament teleologic eficient. Așa de exemplu structura actului uman voluntar se poate modela în următoarea schemă a comportamentului activist (după Bernstein) (14, 15, 16, 17).



Schema de mai sus s-ar traduce pe scurt astfel: pentru realizarea elementului dat (a scopului), creierul creează o premiză orientativă sub forma "viitorului de care avem nevoie", a viitorului trebuincios, în raport cu care se face o programare care e o interpolare între situația prezentă (I.W.) și ceea ce trebuie să devină ea conform interesului individului (S.W.); se obține astfel o sarcină motorie care e determinantul și organizatorul actului voluntar în funcție de care se face programarea acțiunii, corectarea și adaptarea pe parcurs (eventual reprogramarea din mers dacă e nevoie).

Cibernetica se ocupă de ceea ce e comportament finalizat în psihismul uman și prin aceasta domeniul său de aplicare e prin excelență dimensiunea actuală a psihismului; în plus, ea analizează tot ceea ce e standardizabil și obiectivabil în psihismul uman, tot ceea ce poate fi transpus într-o analogie formulabilă exhaustiv. Fenomenologia se ocupă și de ceea ce e nuanțare și nestandardabilitate în psihism, ea folosește nu numai analogia ci și desșifrarea. În domeniul actualului câmpului de conștiință, cele două metode se intersectează și se completează.

Revenind acum la câmpul de conștiință structurată, notăm că ero-

șterge, anihilează, atît temporalitatea ca dimensiune actuală trăită cît și spațialitatea lumii pentru individ; doar refacerea, remontarea cîmpului de conștiință într-o modalitate plinară, reface și remontează din punct de vedere psihic fenomenologic și respectivele structuri spațio-temporale. II.

### Frica și palierele psihismului.

Pînă la acest nivel al discuției am întîlnit tensiunea de așteptare, așteptarea anxioasă, anxietatea panică și panica, spaima, angoasa și groaza, dar nu încă frică. Desigur, e posibil ca un individ, în momentul în care trece de la o tensiune de așteptare la o așteptare anxioasă, sau în întuneric, să spună: "mi-e frică". Dar aceasta e o transpunere într-un limbaj comunicat a unei trăiri nemijlocite ceea ce înseamnă deja o luare de distanță față de aceasta, o considerare. De asemenea, după trăirea unei spaima, un individ își poate aminti sau poate formula: "ce frică mi-a fost!". Dar și în acest caz avem o considerare-relatare a trăirii-eveniment. De asemenea, se poate formula, ca o expresie de data aceasta nemijlocită a trăirii unei eveniment: "mi-e frică de examenul de mîine, mi-e frică de persoana X!", "mi-e frică de cîinele vecinului!". Dar și în aceste cazuri frica se referă la eventualitatea neactuală a unui eveniment mai mult sau mai puțin clar formulat și plasat în timp sau spațiu. Formulările de ordin general: "mi-e frică de cîini!", "mi-e frică de oameni beți!", se referă la aceeași plasare într-un domeniu considerat. În general, frica se desfășoară în dimensiunea persoanei în care evenimentul trăit poate fi considerat și transformat în temă, deci într-o dimensiune a persoanei conștiente "trans-actuală", cu o distanțare față de trăirea-eveniment ce reduce persoana sub dimensiunea actualului cîmpului de conștiință. Frica e prin excelență frica de o temă în care evenimentul e metamorfozat și lumea (la fel ca și persoana) se prezintă în alte orizonturi, altfel structurată decît în emoție. E vorba de fapt de o desfășurare la un alt palier al psihismului.

În paragraful precedent am discutat despre o "dimensiune actua-

lă a psihismului; adică despre persoana umană conștientă privită din punctul de vedere al actualității câmpului de conștiință. Se mai poate aborda însă persoana umană conștientă și ca entitate. La acest nivel, ceea ce contează nu e structurarea sa în raport cu lumea în actualitate ci reprezentarea de ansamblu despre lume a respectivei persoane, ansamblul concepțiilor sale despre lume (deci Weltbild-ul și Weltanschauungul său), structura conștiinței sale morale și felul cum trăiește sensul vieții, expresivitatea sa nu la un moment dat ci ca o structură relativ stabilă (caracteriologie, fiziognomie) nivel intelectual, valoare personală etc. Ultimul aspect menționat relevă desigur problema evaluării, considerării persoanei ca apariție în ochii altuia, a altora, a grupului social; deci judecata de valoare despre persoana respectivă, opinia, caracterizarea. Mergând mai departe în aceeași direcție, persoana ca entitate poate fi considerată ca element al grupului social, al umanității, a umanului în general, devenind deci problemă pentru sociologie, drept, morală, filosofie (antropologie filosofică) etc.

Si perspectivă persoanei conștiente ca prezență actuală și cea care o abordează ca o entitate, dau o imagine structurală sincronă asupra persoanei și nu una diacronă. Ele nu abordează de ex. o problematică de tipul soartei ulterioare a unui eveniment trăit. Să ne oprim de aceea puțin asupra acestui palier al persoanei conștiente aflat între cele două menționate pînă aici.

Un eveniment trăit, să spunem o emoție de spaimă, în funcție de importanța și semnificația sa pentru persoană, de structura acesteia și de starea sa de moment, poate avea o soartă ulterioară variată.

- poate fi integrată în mnezic în mod calm, ca amintire (cunoaștere și experiență relatabilă).

- poate parazita un timp câmpul de conștiință ca ceva neplăcut de care individul conștient ar vrea să scape (deci la modul obsesiv) pentruca apoi, la modul "amfibiu", să fie cînd conștient parazitant

cînd preconstient.

- poate fascina pentru un timp cîmpul de conștiință și sistemul preocupărilor pacientului ca temă prevalentă.

- poate să se instaureze preconstient, niciodată clar prezent în cîmpul de conștiință dar nici metabolizat și clasat mnezic, rămî-  
nînd deci o temă-model ce încarcă fundalul psihismului; de aici,  
aceasta poate interveni fie specific (ca modalități privilegiate pe  
care se "cade" în momente critice), fie nespecific cînd, alături de  
alte similare evenimente-teme cumulate încarcă și modifică acest  
fundal, astfel că individul reacționează anormal la evenimente trăite  
care prin ele înșile nu justifică respectivele reacții.

- un eveniment trăit foarte intens poate realiza o mutație, o  
ruptură, o cotitură în continuitatea existenței individuale.

Domeniul în care, în interiorul persoanei, trăirile "actuale"  
au aceste posibilități de metamorfoză și evoluție, reprezintă tocmai  
palierul plasat între persoana ca entitate (și conștiință morală) și  
persoana ca prezență actuală (și cîmp al conștiinței actuale). În  
general, psihologia dezvoltării (a ontogenezei psihice realizate prin  
intermediul maturării organismice, a relațiilor cu altul și cu lumea)  
nu poate ocoli faptul că persoana conștientă se formează într-un anu-  
mit fel, cu un anumit fond mnezic tocmai cu ocazia depășirii și integ-  
rării trăirilor actuale, a situațiilor și evenimentelor actuale în  
care individul este angajat și care sunt structurante.

Dintr-o altă perspectivă, ceea ce ~~se~~ validează prin intermediul  
cîmpului de conștiință actual (prin trăirea, actul și limbajul respec-  
tiv), nu e nemijlocit persoana ca entitate; aceasta e doar o limită, o  
ipostază a ansamblului organizării structural dinamice a personalită-  
ții. Conștiința ca un cîmp al actualității e de distins nu numai de  
persoana conștientă ca entitate ci și de un al treilea domeniu, inter-  
mediar și anume:

Domeniul (palierul) psihismului ca dramă (în sens de desfășura-  
re, așa cum înțelegea Politzer psihologia) și a psihismului consideră-

rii, a psihismului angajat ca sistem referențial. Acest palier se desvâluie ca fiind circumscris de:

- prelucrarea intrapsihică a temelor ce semnifică evenimentele trăite ca actuale (deci elaborarea experienței)

- lumea atitudinilor, dispozițiilor și reprezentărilor de bază ca punct de referință pentru elaborarea motivațională; și pornindu-se de la această elaborare, desfășurarea unei activități.

Frica își începe cariera la începutul acestui domeniu acolo unde trăirea actuală începe să devină temă considerată, mod privilegiat al raportării individ-lume; frica realizează o structurare în acest din urmă palier al psihismului. Tot ceea ce este trăire acută (ca spaima, angoasa, groaza, panica), poate fi punct de plecare, argument al unei anumite structurări a atitudinilor, dispozițiilor și reprezentărilor de bază, cu anumite locuri nodale și puncte critice ale psihismului ca dramă, realizându-se astfel, frica.

Dar, la fel cum față de câmpul conștiinței actuale ca deplin structurat, emoția-spaima realizează o destructurare, și frica operează în dimensiunea psihismului ca dramă o anumită distorsiune cu vicierea trăirilor integrative pe acest palier care nu se mai desfășoară plenar.

În ceea ce privește palierul psihismului ca entitate, se poate spune că o anumită structurare ontogenetică a conștiinței morale, a reprezentării și concepției despre lume, poate fi punctul de plecare a unui anumit "orizont fobic" care, în cele din urmă se validează tot în palierul mijlociu al persoanei.

Discutând despre diverse paliere ale psihismului procedăm desigur la o discuție "din afară" asupra personalității. Din perspectivă subiectivă și frica și orizontul fobic fac parte din actualitatea trăirii, se realizează prin intermediul câmpului de conștiință care devine în aceste cazuri o cale de acces .

Gama fricii, anxietății și a depresiei.

Fiind într-un capitol de considerare analitică vom continua să urmărim distincțiile necesare, nu numai ca un "dicționar" al lucrării ci ca elemente constitutive ale "grilei" de abordare a personalității.

O formulare clasică (Janet) definește anxietatea ca o frică fără obiect. Această formulare merită o scurtă analiză.

În primul rând credem că trebuie să discutăm despre o "gamă" a fricii și o gamă a anxietății, cu forme prezente pe toate cele trei paliere ale psihismului menționate de noi. Pentru gama fricii putem nota pe primul palier trăirea spaimii și a groazei, pe al doilea trăirii fricii (fobia) și pe al treilea, orizontul fobic. Pentru gama anxietății am putea nota; pe primul palier trăirea angoasei, pe al doilea așteptarea anxioasă și anxietatea panică și pe al treilea, neliniștea și anxietatea existențială (în mod simplist și convențional, al treilea palier l-am putea rezuma la temperament și caracteriologie deși e vorba de o problematică mult mai vastă).

Vorbind un limbaj abstract, care să poată fi punct de plecare atât pentru o modelare cibernetică cât și pentru o analiză fenomenologică, am putea spune că angoasa reprezintă o criză a unui sistem activ aflat în comunicare cu lumea. În această criză, deși informațiile pot sosi normal - toate canalele informative fiind integre - se află în criză însăși sub-sistemul ce le integrează, adică coordonatele și axele centrale care definesc sistemul și fac ca o informație să aibe o semnificație pentru el. Lumea rămâne prezentă ca o sursă uniformizată de informații dar ea nu mai are semnificație și valoare pentru individ, pentru că sistemul-individ nu se mai resimte pe sine ca un loc, ca un centru stabil din care să plece raportarea semnificativă față de lume și actul. În măsură în care sistemul se poate resimți,

referențial care-l definește ca un "ceva" în raport cu lumea, trăește iminența aneantizării sinelui, iminența morții. "Angst ist immer Todesangst" (Klages).

Pe palierul mijlociu, în gama anxietății, nu numai că lumea se prezintă sărăcită (frustrată) informativ, vagă, incertă, dar ea nici nu polarizează individul, nu i se poate impune cu pregnanță, nu-l poate reține. Trăind gama anxietății subiectul se resimte ca prezentă amenințată cu dispariția și ceea ce contează este el în fața dispariției, el ca dispărînd și nu lumea organizată tematic și care ar putea ocaziona această dispariție; tema propriei dispariții împinge pe planul doi temele lumii.

Același lucru s-ar putea spune în legătură cu trăirea anxietății pe palierul persoanei ca entitate. Anxietatea se impune individului ce reflectează atunci cînd el se pune pe sine în raport cu neantul sau infinitul (dar această problemă privește mai mult antropologia filosofică decît psihopatologia).

Spre deosebire de ce se întîmplă în anxietate, formele fricii sunt totdeauna modulate tematic variat. Dar pornind dinspre gama anxietății, trecerea la o temă, căderea, priza (în fobie) pe o semnificație cristalizată, este în primul rînd instituirea unui "referențial". Tema, informația, conținutul fobiei sunt puncte de sprijin, sunt, în raport cu anxietatea, revenirea la o înrădăcinare într-un topos al lumii; căci lumea, coagulîndu-se în fobie pe o semnificație, se reinstalează și ca loc-domeniu, prolog al reinstalării sale spațiale.

Dacă privim acum din perspectivă opusă, se ajunge de la trăirea normală a lumii la fobie printr-o privare a simbolului de "spațiu de desfășurare" (de trans-cendere, în sens etimologic). Obiectele lumii, în calitate de simboluri, au o potențialitate de trimitere (în raportarea conștient intelectuală la ele) dincolo de ele ca realitate nemijlocită; au o posibilitate de mijlocire prin semnificații și prin includerea lor în act. La fobic, simbolurile pierd acest spațiu

funcțional, se apropie de individ, se năpustesc asupra sa, devin cauzale (Prof.E.Pamfil).

Anxietatea ca trăire a unui dezechilibru e mereu vectorializată, trăirea sa împinge mereu spre altceva. Anxietatea poate fi depășită printr-o reechilibrare a persoanei, echilibrare care la om înseamnă dinamism, proiecție, angajare și sens (și nu simplă menținere a unui status quo). Acest echilibru poate însemna neliniște, neliniște intrinsecă oricărei alegeri și proiecții, pe când anxietatea înseamnă criză descentrantă cu trăirea la modul pasiv și imposibilitatea proiectului. În raport cu anxietatea, structurarea fobică e o echilibrare nereușită, avortată, dar totuși o echilibrare. În acest sens a și fost interpretată fobia ca o soluție surogat pentru anxietate ("liber flotantă"). Dar această migrare posibilă nu alterează originalitatea trăirilor anxioase în raport cu cele fobice.

Anxietatea mai poate fi comentată și alături de depresie, de care e desigur apropiată prin unele trăsături. Si în depresie - la fel ca în anxietate - dar spre deosebire de fobie, lumea exterioară (și lumea în general) contează puțin. Dar în raport cu anxietatea care apare ca un proces, depresie apare în primul rând ca o stare, ca un rezultat. Depresia se realizează atunci când persoana conștientă (corporal-psihică) e amputată în dimensiunea sa, circumscrisă în "inventarul" (avutul) său. Ori această amputare poate fi și "sufocantă", de unde posibilitatea combinării depresiei cu anxietatea (angustia vitalis a lui Lopez Ibor). Prin dezinteresul față de lume, depresivul se deosebește de fobic. Pentru depresiv lumea nu are pregnanță, diferențieri, reliefuri, structurări în zona libere și zone tabu ca în fobie. Dezinteresul față de lume al depresivului e un dezinteres față de lume ca un câmp al acțiunii posibile și prin aceasta față de lumea ca spațiu; ori pentru fobic, tocmai aceasta contează.

În concluzie, în afară de grila palierelelor psihismului, în considerarea analitică a trăirilor persoanei umane intervine și o

.. // ..

grilă calitativă în care anxietatea, fobia, depresia etc. sunt moduri distincte ale trăirii care, când devin dominante, structurează într-un anumit mod timpul trăit, spațiul trăit și în general lumea trăită. Spunînd toate acestea nu uităm că realitatea e mai sincretică decît imaginea analitică prezentată de noi aici.

#### IV

##### Persoana (corp - psihism) ca domeniu, lumea și spațiul.

Emoția e o situație limită a existenței persoanei umane conștiente care apare ca un accident pe fundal<sup>e</sup> acestei existențe, persoana reinstalîndu-se ulterior cu palierele de nivel și complexitate succesivă, cu dimensiunile sale, distanțîndu-se de respectivul eveniment trăit, transformîndu-l într-un "inventar" mnezic și relatabil. La un pol opus - dar simetric - cu emoția avem evenimentul trăit al inspirației, tot modalitate existențială limită, care însă "coagulează" persoana pe o "temă - soluție" ce ulterior se desfășoară în lumea ca spațiu într-un act crono-genetic. În inspirație, spre deosebire de emoție, centrarea se realizează "din interior". Vorbînd de inspirație, aici nu ne referăm doar la momentele privilegiate ale geniilor ci la inspirație ca act de psihologie curentă a gîndirii și existenței active, prezente în lume. Si visul, din somn, ca o desfășurare a imaginarului la limita conștiinței structurate în cîmp, e tot o trăire realizată cutumier, înscrisă ca o condiție în trama existenței conștiente. Si la fel fenomenele fascinatorii (de la modalitățile simple legate de fascinația din biologie și pînă la cele diferențiate, realizate de psihologia masei și de hipnoză). Trăirea unui eveniment emotiv, creativ, oniric, fascinator sugestic, toate sînt fațete și extremități ale existenței obișnuite ale persoanei umane conștiente. Existența lor relevă, prin etapele pe care psihismul le parcurge pentru reinstalarea sa în formele plenare, însăși structura acestui psihism ce se denudează în situații limită și se reîmbracă apoi cu veșminte obișnuite. Aceste etape sînt în principiu cele menționate

cu ocazia discuției despre emoție (p.12,13) dar aceeași structură o regăsim pe toate palierele. Si acest fapt arată că din perspectivă psihologic-fenomenologică spațiul apare pentru individul conștient la un anumit nivel, mai precis acolo unde se instituie lumea ca un câmp al acțiunii posibile. Această afirmație se cere argumentată printr-o analiză, mai largă a realității persoanei umane conștiente și a problematicii spațiului.

Intr-un mod foarte general putem spune că - din punct de vedere psihologic - avem situația ireductibilă a unui subiect ce se află în fața unui obiect. Atît doar că subiectul despre care e vorba e subsumat unui corp, mai precis e subordonat corpului uman real; iar obiectul despre care vorbim este lumea în întreaga sa complexitate. Psihismul conștient nu este o entitate abstractă ci apare chiar pentru sine, chiar în propria reflexie ca înrădăcinat (și emanînd din) propriul corp, care, la rîndul său este un obiect al lumii. Polarizarea subiect-obiect apare de fapt ca o polarizare între domeniul persoanei ca unitate corp-psihism și domeniul lumii. Vom folosi termenul de "persoană conștientă" pentru a circumscrie această realitate unică (într-o abordare monistă) a corpului - psihism<sup>x</sup>. Cele două domenii menționate se pot prezenta în diverse grade de complexitate. Ne vom referi deocamdată la domeniul persoanei conștiente. Aceasta are și ea două structuri sincrone după care se organizează și anume: 1) raportarea la "lumea-obiect" și 2) raportarea la semen. Vom examina deocamdată primul aspect.

In "momentul" inspirației, ideea sau soluția ce apare e trăită de individ ca aparținîndu-i și ca emergînd din el, din interioritatea

x) Dualismul cartezian între corp (res extensa) și psihism (res cogitans) deși cîteva secole a fost un important motor al dezvoltării științelor fizicale, nu mai poate face față azi pretențiilor unei antropologii ce se afirmă de la început ca unicistă. Formula discursivă corp-suflet e o conjuncție terminologică de conjunctură. In considerația persoanei umane drept unice și unitare pot fi utilizate desigur unele sugestii thomiste, dar noua construcție a unei personologii se va pretinde neapărat dialectică(26).

.. // ..

și intimitatea sa (spre deosebire de ceea ce se întâmplă în automatismul mental). ~~In mod similar, individul resimte ca aparținând automatismului mental.~~ In mod similar, individul resimte ca aparținându-i și actul efectiv desfășurat în lume cu ajutorul organelor sale precum și produsul, rezultatul actului său în sens larg.

Corpul propriu resimțit, imaginea propriului nostru corp (cum spunea Hermitte) schema corporală - și pornind de aici întreaga persoană - apare ca un domeniu definit în primul rând prin coeziune limite și apartenență iar în al doilea rând printr-o ordonare și o structurare pornind de la un ax. Dacă ne referim la persoana actantă, acest ax e format desigur de schema corporală și trăirea ceneșteziei corpului. Experiența treningului autogen (27) demonstrează cum demundanizarea sistematică și deliberată duce pe prim plan al trăirii corporalității organismică, în primul rând ca tonus al mușchilaturii de relație și apoi ca viscerațitate resimțită; și la fel că, această trăire a corporalității poate fi un locus-ecran pentru proecția imaginarului. Deci nu un punct matematic ci un sistem de coordonate, un domeniu în care se înrădăcește și afectivitatea și imaginarul. Experiențele de deprivare senzorială acută (28, 29) (deci și cu fixare și imobilizare posturală) demonstrează cât de insuportabil-angoasantă devine pentru individ trăirea în care, în lipsa informațiilor exterioare, e anihilat și sistemul proprioceptiv - și în cele din urmă schema corporală - ca referențial posibil, deci ca locus de înrădăcinare a psihismului, ca sistem de coordonate, zonă și domeniu de urgență pentru actul intențional. Cei supuși experiențelor nu le suportă mai mult de 6 ore iar imaginarul se deslănțuie halucinator, ca o tendință compensatorie. În experiențele de deprivare senzorială prelungite, probanții se mișcă mereu își pun permanent în stare de activitate mușchilatura și imaginașul mnezic, ca fundamente ultime care circumscriu un locus, un domeniu de înrădăcinare pentru persoană. Experiențele cu psihodisleptice (30) arată cum pe fondul trăirii depersonalizării, a tulburărilor timice și conative, a tulburărilor de

schemă corporală, apar tulburări importante ale trăirii spațiului și timpului.

Domeniul proprioceptivității și al cenesteziei ca puncte de plecare - și schema corporală ca primă schiță construită - reprezintă desigur axul referențial și în același timp locul de înrădăcinare<sup>x)</sup> pentru trăirea resimțită a propriului eu, a propriei persoane. Dar pornind de aici, persoana umană conștientă își resimte întreaga corporalitate și între psihismul ca fără fisuri și fără discontinuități deci ca un continuu și în același timp ca aparținându-i. Temporalitatea trăită (ca durată) a resimțită de subiect ca un continuu. Există în normalitate un sentiment al persistenței în timp a eului ca fundal identic cu sine peste care se suprapun metamorfozele. În același timp trecutul ca fundal mezig (și la fel prezentul și viitorul proiectat) e trăit de subiect ca aparținându-i, ca fiind al său sau emergând din sine. În privința extinderii în spațiu, trăirea continuității și

x) Cu mult înainte de a se fi dezvoltat o concepție filosofică diversificată despre spațiu, Aristotel (în Fizica (35) sa) a redus analiza spațiului la analiza locului (Topos). Pentru Aristotel, locul era "limita" imobilă nemijlocită a învelișului unui corp". Din această teorie a locului, partea cea mai importantă ne pare legată pe de o parte de sublinierea dimensiunii, amplitudinii, extremității locului care, coextensiv lucrului, nu e un punct matematic ("locul există împreună cu lucrul căci împreună cu lucrul limitat e și limita"), pe de altă parte sublinierea faptului că locul (și deci spațialitatea) pot fi definite doar într-un raport ("corpul care are alt corp exterior care-l învâluie este într-un loc, iar cel care nu are un alt corp exterior care să-l învâluie nu este în nici un loc"). În altă formulare lapidară a lui Aristotel, locul este "limita corpului care conține". Aristotel fundamentează de fapt aici topologia ca cea mai primitivă formă de spațiu. El discută și problema continuității ca definind corpul-lo în raport cu problema contiguității (a contactului unor lucruri separabile) necesară formulării locului (spațiului topologic) prin raport de învâluire și continuitate. Aristotel nu analizează însă problema raportului dintre continuu și apartenență și nici problema actului ca generator de spațiu (ci numai problema raportului și aceasta pentru că el discută numai despre topos-loc). Dar ideea că locul e coextensiv corpului (definit prin limitele sale statice) și deci implicit că definește un domeniu, ne pare o idee profundă care nu numai că o acceptăm dar o vom și utiliza în expunerea noastră.

.. // ..

trăirea lui "a avea" comportă o distincție specială.

Persoana ca domeniu, privită din perspectiva apartenenței are amploarea dimensiune, extindere. Corporalitatea unui organism uman conștient nu se termină la epidermă, mucoase și fanere (32). Imbrăcămintea face și ea parte din corp, schema corporală o integrează după o prealabilă "metabolizare" și lezarea ei echivalează cu o lezare corporală. Mergând mai departe, casa familiară este o apartenență ce prelungeste corporalitatea organismică. Dar casa, locuința proprie, care pentru individ poate fi trăită la un moment dat ca o prelungire și limită a sa, ca o nouă epidermă, - rămîne pe loc cînd individul o părăsește. Prin aceasta ea rămîne totuși o apartenență a individului, ceva de care el este "legat" prin nenumărate fire invizibile. Căci apartenența și atașamentul se întretes mereu. În acest sens, întregul "inventar" și întreaga "avere", tot ceea ce individul resimte ca aparținîndu-i intră într-un același regim. Individul uman poate fi lezat prin lezarea "averii" sale. Această apartenență a "inventarului propriu" nu este însă de domeniul continuului în sens de proximitate și vecinătate nemijlocită, ~~recontingentă~~ (deci în sens topologic) decît pînă la o limită, fiind în schimb - într-un anumit sens - de domeniul "claselor de apartenență". Orice, lezare amputare și frustrare a acestei apartenențe duce la o stare depresivă (sau anxios-depresivă).

În raport cu această apartenență care definește "corpul uman în sens larg", spațiul trăit se definește neapărat într-un domeniu al continuumului topologic. Spațiul trăit al unei persoane ancorate în lume se prezintă ca un continuum care-l învâlue și în care acțiunea proprie este posibilă. Deci un continuum avut în stăpînire și manevrabilitate. În această accepție, adică privit din perspectiva continuumului, spațiul trăit se poate fisura, poate suferi o efracție, poate dispărea etc.

Piaget (33, 34) a făcut pentru prima dată distincția între operațiile infralogice avînd ca fundament continuumul topologic al contactului (și care sunt constitutive ale spațiului, timpului și

obiectului în percepție și reprezentare) și operațiile logico-aritmetice care funcționează cu obiecte distincte și constituite deja, cu clase de obiecte, între care se stabilesc asemănări, deosebiri, asimetrii, relații numerice și operații inductivo-deductive. Pentru acestea din urmă nu e dată ca o condiție necesară continuitatea în sens de vecinătate, proximitate topologică.

Apartenența inventariului propriu - așa cum semnalăm mai sus - trebuie considerată ca o realitate originală, intermediară între:

- lumea continuumului (a operațiilor infralogice) de care e distinctă pentru că inventarul e format din obiecte distincte și
- lumea operațiilor logico-aritmetice care funcționează cu obiecte distincte dar neutrale, strict obiective în raport cu individul.

Privind dintr-o perspectivă statică "corporalitatea în sens larg" ne apare ca fiind coextensivă inventarului persoanei. Atunci când privim însă dintr-o perspectivă dinamică, de raportare activă a individului față de lume, "câmpul acțiunii posibile" pe care-l delimitează din lume persoana, face și el "corp comun" cu aceasta, fiind în același timp constitutiv de spațiu (în sensul de continuum topologic ce se prelungește de la "corpul ca domeniu" în lume).

Revenind pentru a concluda, am putea spune: Corpul propriu, resimțit ca lume vegetativă, tonică și ca schemă corporală, este doar un locus și un punct de plecare. De îndată ce lumea exterioară este vizată într-o intenție de act, și corpul e trăit ca instrument al acțiunii posibile. În această ipostază, corpul devine locul-domeniu în raport cu care "realitatea-preajmă" este ordonată și în această ordonare apare spațiul trăit, ca un implicat al fenomenalității actului proiectat și ulterior desfășurat. Spațiul trăit se definește în acest raport dintre subiectul corporal-organic angajat în acțiune și lumea ce apare ca un text în desfășurarea dinamică. El este o dimensiune a actului, face parte din sistemul de coordonate pe care diastola acțiunii și-l realizează ad-hoc.

obiectului în percepție și reprezentare) și operațiile logico-aritmetice care funcționează cu obiecte distincte și constituite deja, cu clase de obiecte, între care se stabilesc asemănări, deosebiri, asimetrii, relații numerice și operații inductivo-deductive. Pentru acestea din urmă nu e dată ca o condiție necesară continuitatea în sens de vecinătate, proximitate topologică.

Apartenența inventariului propriu - așa cum semnalăm mai sus - trebuie considerată ca o realitate originală, intermediară între:

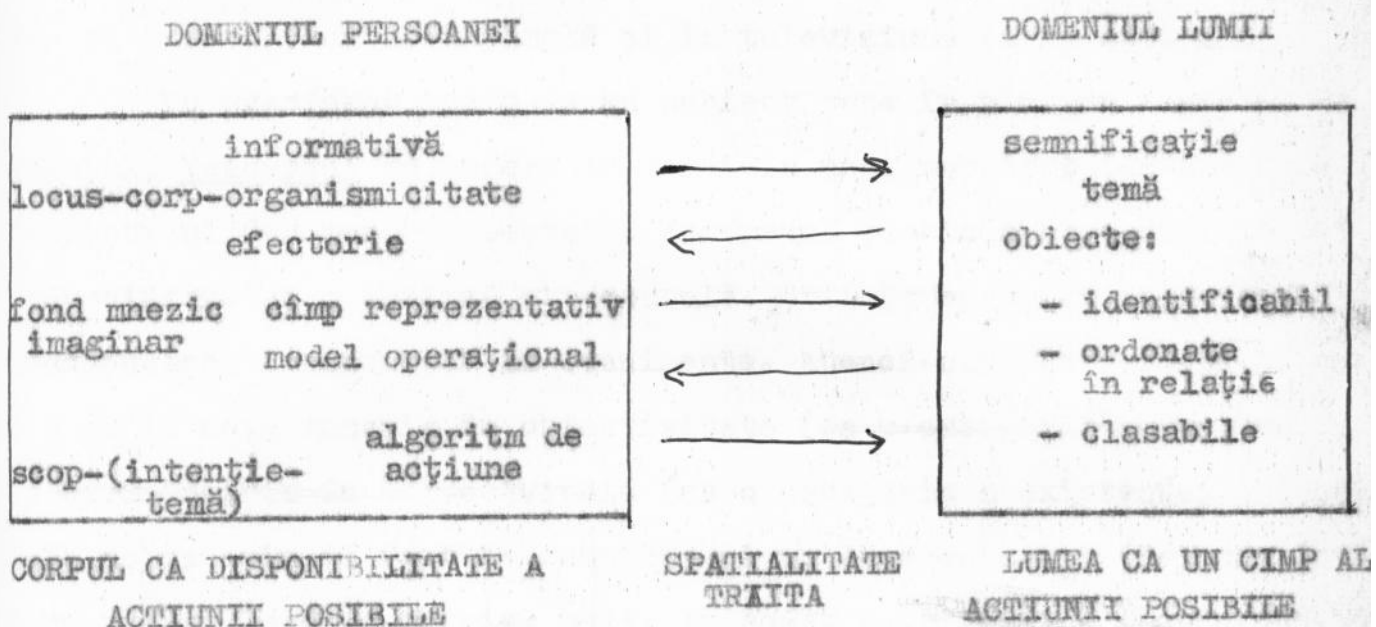
- lumea continuumului (a operațiilor infralogice) de care e distinctă pentru că inventarul e format din obiecte distincte și
- lumea operațiilor logico-aritmetice care funcționează cu obiecte distincte dar neutrale, strict obiective în raport cu individul.

Privind dintr-o perspectivă statică "corporalitatea în sens larg" ne apare ca fiind coextensivă inventarului persoanei. Atunci când privim însă dintr-o perspectivă dinamică, de raportare activă a individului față de lume, "câmpul acțiunii posibile" pe care-l delimitează din lume persoana, face și el "corp comun" cu aceasta, fiind în același timp constitutiv de spațiu (în sensul de continuum topologic ce se prelungește de la "corpul ca domeniu" în lume).

Revenind pentru a conclud, am putea spune: Corpul propriu, resimțit ca lume vegetativă, tonică și ca schemă corporală, este doar un locus și un punct de plecare. De îndată ce lumea exterioară este vizată într-o intenție de act, și corpul e trăit ca instrument al acțiunii posibile. În această ipostază, corpul devine locul-domeniu în raport cu care "realitatea-preajmă" este ordonată și în această ordonare apare spațiul trăit, ca un implicat al fenomenalității actului proiectat și ulterior desfășurat. Spațiul trăit se definește în acest raport dintre subiectul corporal-organic angajat în acțiune și lumea ce apare ca un text în desfășurarea dinamică. El este o dimensiune a actului, face parte din sistemul de coordonate pe care diastola acțiunii și-l realizează ad-hoc.

Problematika fobiei se va dezvolta în paralel cu cea a modificărilor spațiului trăit definit ca mai sus, ca fundându-se pe trăirea continuumului topologic, pe când problematika depresiei de ex. se va dezvolta în paralel cu problematika extinderii prin apartenență (și a psihopatologiei duratei).

Tinând seama de cele discutate pînă aici, formulăm următorul tablou, la care ne vom referi și în continuare:



V

Spațiul evenimentului, spațiul fenomenologic și spațialitatea textului

Pentru subiectul ce trăește lumea doar ca o informație-semnificație, spațiul nu există încă. El există pentru un individ numai în momentul în care acesta dezvoltă un scop de acțiune într-un algoritm de acțiune bazat pe însăși datele informative receptate. Din punct de vedere psihic fenomenologic, spațialitatea nu e nici o proprietate a obiectelor percepute, nici ceva ca un receptacol al acestor obiecte ci un derivat al lumii ce se prezintă ca un cîmp al acțiunii posibile în raport cu persoana ca disponibilitate a acțiunii posibile.

Spațialitatea este înscrisă în structura fenomenalității psihice la fel cum e înscrisă în structura oricărei existențe desfășurate fenomenal. Cu totul altfel se pune problema cînd e vorba de spațialitatea unui eveniment. Evenimentul este o realitate circumscrișă, deci

ceva ce poate face obiectul unei științe complet cuantificabile. În perspectiva evenimentului, spațiul și timpul sunt echipotente. Exemplu cel mai simplu e cel al cinematicii unde spațiul și timpul sunt de același rang, contribuind în egală măsură la realizarea vitezei. Apoi, un eveniment, în calitatea sa de informație poate fi transpus fără alterație dintr-un regim spațial (de ex. o suprafață figurată care e balețată punctiform) într-unul temporal (de ex. modulații de frecvență) și invers (așa se întâmplă și la televiziune și în sistemul nervos<sup>x</sup>).

Un eveniment trăit de un subiect este în plus un fenomen. În general, fenomenul se referă la apariția unui substrat (despre care respectivul fenomen "vorbește"). Fenomenul pretinde nu o definiție ci o descifrare și o analiză structurală. Știința operează în general transpunerea fenomenelor în evenimente. Atunci când ne referim la spațiu ca la ceva înscris în obiectivitate (~~ca o categorie a spațiului ca la ceva înscris în obiectivitate~~ (ca o categorie a existenței obiective), ne referim de fapt la fenomene și nu la evenimente (pe care în mare măsură le circumscriem noi). În acest sens spațiul este o categorie ce nu există în afara materiei desfășurată fenomenal. Psihismul în desfășurarea sa fenomenală are domeniul său de spațialitate la fel ca o plantă în creștere sau ca un electron în desfășurarea sa pe orbită. De aceea trebuie să distingem în cadrul fenomenelor psihice ceea ce este "reflectarea" unei lumi obiective - organizată și ea și spațial - de spațialitatea intrinsecă psihismului ca fenomen activ; căci

x) S-a afirmat în repetate rânduri (35, 36) că echipotențialitatea și simetria spațiului și timpului - care au dominat gândirea filosofică europeană de la Descartes, Newton și până la Kant - ar fi fost consecința unei gândiri modelate de mecanică. De fapt, e vorba de fundarea spiritualității pe o perspectivă fizico-matematică și nu realistă. Căci timpul ca simplă dimensiune a spațiului persistă și în teoria relativității (și chiar dispăre în matematica spațiilor n-dimensionale). Doar o filosofie realistă care subscrie la deviza Aristoteliană: "obiectul intelectului este ființa (realitatea?) - și deci nu construcțiile fizico-matematice, poate salva timpul ca o categorie originală a realității (37).

spațialitatea obiectelor lumii obiective ajunge să fie accesibilă individului psihic în cadrul unui fenomen și a unui context ce are și el spațialitatea sa. La fel cum în cinematică viteza rezultă din compunerea spațiului și timpului, în domeniul fenomenalității psihice spațiul și timpul rezultă, decurg sau sînt consubstanțiale cu actul ce emerge din individ spre lume, act care împreună în gestul-limbaj este puntea și substanța relației subiect-obiect. Actul reprezintă axul în raport cu care poate fi analizat spațiul și timpul trăit.

Din punct de vedere spațial, modalitatea cea mai simplă în care poate să apară raportarea (activă) între individ și lume este cea a spațiului topologic, deci al contactului. Astfel se și întîmplă în ontogeneza psihică așa cum magistral a demonstrat-o experimental Piaget. Ulterior și treptat se construiește în percepție relația spațială de tip proiectiv (cea a punctelor de vedere) și aproape concomitent cea de tip euclidian; procesul se încheie în jurul vârstei de 3-4 ani pentru relațiile spațiale ale raportării nemijlocite, perceptive, la lume ca preajmă. Dar tot Piaget a demonstrat cum, în reprezentare, spațiul se reconstruiește între 3-4 și 7-8 ani, pornindu-se tot de la relațiile topologice, ajungîndu-se treptat la modalități projective și euclidiene de trăire și formulare a spațiului în reprezentare.

Dar ce înseamnă structurarea spațiului în reprezentare? Merită, credem, să menționăm aici opiniile lui Wallon (29, 30). Ocupîndu-se de dezvoltarea inteligenței, Wallon remarcă cum că pînă la 3-4 ani copilul are o gîndire practică, sincretică și spațială (geometrică chiar, spune autorul), care se bazează pe perceperea și înțelegerea configurațiilor de moment ale preajmei. Ulterior începe să se dezvolte o gîndire "discursivă" și "transcursivă" care față de imediatitatea intuitivă a primeia este un regres, dar va deveni un progres deosebit prin utilizarea simbolurilor; iar gîndirea "discursivă" are spațialitatea sa proprie, independentă de reperele actuale" --spune

Wallon. Această remarcă merită reținută. O semnificație care se dezvoltă în intelect, ajunge să dea un text discursiv prezidat de o gramatică (sintaxă) dar circumscris de semnificația inițială. Un text este și el o combinație a continuumului susținut de semnificația ansamblului și a discontinuumului realizat de unitățile lingvistice modulate, cuplate și ordonate. Gîndirea discursivă capătă și ea forma unui text ce se desfășoară în cîmpul reprezentativ, și are spațialitatea sa intrinsecă.

## VI

### Imaginarea și raportarea persoanei față de semenii.

Perioada din jurul vârstei de 3-4 ani, cînd începe să se formeze gîndirea discursivă, este și perioada în care începe să se formeze capacitatea reprezentativă a copilului și capacitatea sa de identificare autentică cu un altul (cu cineva neprezent acum și aici). Această capacitate de identificare are o istorie. Inițial se dezvoltă prin maturare ontogenetică nervoasă sistemul emoțiilor fundamentale (pe care Wallon le interpreta ca un sistem expresiv ce pare a fi construit pentru a asigura comuniunea în grupul arhaic, pus la unison de reacția emotivă). Prin aceasta copilul are de la început posibilitatea de a se pune la unison cu oamenii. O formă mai diferențiată este contagiunea emotivă și abea ulterior, trecîndu-se prin "impregnanța plastică" se ajunge la capacitatea de imitare a altuia în prezența acestuia (2 ani - 6 luni) și apoi la "imitația fantezistă" a cuiva neprezent (3-4 ani). Acum începe să se dezvolte și imaginarul.

Cît privește relația copilului cu altul putem aminti că această relație interpersonală este structurantă, instituind în individ pe altul, pe alții, într-un de "auto-pluralizare" a sa (expresia aparține lui Binswanger (40) care a făcut o pătrunzătoare analiză a existenței duale). În orice caz, altul ajunge să fie reprezentat în individ (are în structura acestuia o instanță care-l repre-

zintă) și doar prin aceasta e posibil contactul interpersonal; și doar prin contactul interpersonal individul poate prelua lumea umană

Pe parcursul ontogenezei, "altul" se prezintă cu o funcție liniștitoare gratifiantă, aprobatorie, evaluantă etc. În același timp în care individul se percepe (auto-întâlnire care funcționează încă din primul an) (41) alții există de asemenea, pentru el și în fața lui; el se percepe în fața acestei prezențe a altora, ca fiind acolo pentru alții (42). Concepția despre sine a individului e determinată parțial de concepția pe care credem că alții și-o fac despre noi. Una din motivațiile cele mai profunde ale omului e în legătură cu acest fapt, de a fi în lumea personală a altora. Se realizează astfel în ontogeneză o structurare a persoanei după o diagramă intim-public. Zonele intime conțin tot (43) ceea ce ne aparține ca un secret conștient și în același timp de aici emerge originalitatea noastră (aici ne găsim "acasă la noi și cu noi"). Zonele publice sunt zonele deprinderilor, a contactului cu ceilalți, ai "persoanei" (în sens Jung), decant al tuturor măștilor și identificărilor sociale realizate în viață. Diagrama intim public realizată, în perspectiva prezenței individului la lume ca prezență socială repune aceleași probleme ale apartenenței și continuității. Individul poate resimți ca aparținându-i orice ființă iubită (indiferent de poziția ei actuală în spațiu) și se poate identifica cu masa într-un continuum. Dar trăirea fenomenului de masă e o situație limită. În general, problema continuumului se pune aici în cadrul contactului mijlocit, realizat "hic et nunc" de individ cu altul, cu alții, cu grupul social. Ori aceasta este tocmai problema agorică.

Agora semnifică nu numai un spațiu larg și un anumit spațiu, un anumit loc (topos) în care oamenii se aducă într-o aglomerație deliberativă (deci într-o situație care păstrează independența și responsabilitatea fiecăruia - nedizolvind persoana, ca în fascinația fenomenului de masă). În agora individul apare ca ființă responsabilă, angajat moral și participând deliberativ la soarta

grupului și de asemenea, răspunzând de actele sale. În agora se iau hotărâri, se fac consacrarile și tot aici ostracizările. Procesul lui Socrate a avut loc în agora. Evident, aici noi aderăm la o anumită imagine despre agora, ca un spațiu fizic și social format din indivizi independenți și responsabili. Printr-o simplă mutație, o astfel de agora se poate transforma într-un loc al masei, unde au loc linșările și adulările; prin aceasta, acest spațiu fizico-social nu devine mai puțin "grav" pentru individ. Ori, prezența individului în locul unde se face istoria societății "comunare", unde real sau simbolic (și uneori indirect dar totuși real) el trebuie să apară responsabil și liber în fața altora, în fața unei mulțimi presupusă și ea responsabilă și liberă, este o prezență dificilă. Dificultățile agora-prezenței le vom analiza în capitolul următor.

x

x x

La sfârșitul acestui capitol analitic să încercăm să degajăm principalele idei pe care le-am urmărit în el:

- În primul rând, am atras atenția că se poate vorbi despre persoana umană nu numai în general ci că putem distinge în mare trei paliere ale persoanei conștiente: persoana trăind actualitatea, persoana ca o desfășurare dramatică și persoana ca entitate. Apoi, în cadrul existenței desfășurate a personalității umane, putem distinge modalități originale de trăiri, ireductibile și de identificat pe toate cele trei paliere ale persoanei (ca trăiri din gama anxietății, a fricii și a depresiei), trăiri care determină modificări structurale în raport cu modalitățile plenare de trăire a persoanei.

- Persoana umană conștientă este o realitate unitară (unitatea corp-psihiism) care se raportează la lume (considerată ca obiect) prin act și limbaj. În cadrul acestei raportări în care persoana apare ca un domeniu al disponibilității unei acțiuni posibile iar lumea ca un câmp al acțiunii posibile, se formulează și se circum-

scrie spațiul trăit, spațiul fenomenologiei psihice. Acest spațiu trăit (fenomenologic) nu e pur și simplu transpozabil în temporalitatea trăită (fenomenologic). Spațiul și timpul fenomenologic sunt distincte între ele și prin aceasta sînt distincte de spațiul și timpul evenimentului care sunt echivalente și transpozabile unul în altul. Spațiul trăit se desfășoară pe baza trăirii continuumului, nefiindu-i suficientă, pentru fundare, trăirea apartenenței.

Spațiul trăit ca un cântinuu este fundal pentru structurarea acestuia și popularea sa, pentru apariția de "locusuri" privilegiate, corpul propriu fiind locusul bazal-punct de referință și loc de plecare pentru ulterioara constituire și structurare a spațiului trăit. Cea mai complexă formă de structurare a spațiului trăit e spațiul agoric, spațiu fizico-social față de care individul se raportează ca ființă morală, liberă și responsabilă. Agora-prezența ridică o serie de dificultăți ce urmează a fi tratate în capitolul următor.

Spațiul trăit și psihopatologia fricii.

I

Emoția socială și vulnerabilizarea persoanei (a spațiului propriu).

Relațiile interpersonale și relațiile nemijlocite ale individului cu grupul social generează o modalitate specială de emoție. În general, puține din emoții sunt strict tematice, ne-interpersonale, în sensul că nu implică sau nu pretind o nemijlocită relație cu altul sau cu alții. Cel mai des emoția (fie ea modulată ulterior ca frică, furie, bucurie, disperare) se desfășoară în cadrul unor evenimente în care individul stă față de față cu altul și cu alții. Dar însăși faptul de a fi în centrul atenției altora, faptul ca individul să fie vizat sau evaluat de altul sau alții induce o stare emotivă care ar putea fi numită emoție relațională. Fundamentele acestui fenomen sunt adânci și în aceste situații schema corporală proprie este alertată întotdeauna. Acesta deoarece, așa cum am mai menționat, persoana umană se formează în ontogeneză în condițiile unei permanente preconstiințe a faptului că tot ceea ce ea face urmează să fie evaluat și sancționat de ceilalți. Acest orizont preconstient devine un "sentiment" prezent în orice relație, cu valoare energetică, de montare și resimțită.

Situația în care un individ se supune, sau este supus, real sau imaginar evaluării și aprecierii în altora, e o situație deseori emotivă (și în orice caz o situație agorică). Astfel de situații sunt de ex.: examenele, declamațiile și luările de cuvânt, situațiile penibile în care individul atrage atenția celor din jur prin ceva eșit din comun etc. Aici poate interveni deja imaginarul. Cel ce îmbracă o haină nouă sau a "pățit" ceva ce a dus la un defect vestimentar, e în alertă, are sentimentul că toată lumea îl privește

te, trăește o stare subiectivă neplăcută axată pe acest fapt. Kretschmer a descris fenomenul în cadrul senzitivității (44) dar e vorba de ceva mult mai profund, înscris<sup>în</sup> normalitate.

În mod uzual și popular se numește emotivitate această disponibilitate a individului de a se "emoționa" la expunerea socială. Desigur, aceasta e doar o posibilitate; mulți indivizi pot rămâne insesibili la expunerea socială sau această expunere să le facă plăcere ca la histeric, unde e și cultivată. Ceea ce e inhibitoriu și "emotiv" în expunerea socială e situația evaluării (eventual a vizării), deci transformarea individului dintr-un partener într-un obiect, transformarea sa într-o ființă umană ce trăește pasiv în lipsa sa blocarea inițiativei, intenționalitatea evaluantă (sau vizantă) a altora, de ex.:

1) O studentă se emoționează totdeauna la examene la modul că părăsește uneori examenul, dar poate da răspunsuri corecte în scris. Nu dezvoltă nici fobia de examene nici alte fobii; totul se reduce la o trăire emotivă strict circumstanțială. Cu colegile și cu cunoștințele e sociabilă și degajată.

Cazul de mai sus e desigur de domeniul banalului. Orice om se emoționează mai mult sau mai puțin în fața unui grup care-i verifică cunoștințele evaluându-i valoarea, mai ales când această evaluare pune în joc o miză. În raport cu microgrupul social instituțional care evaluează și dă un verdict, grupul prietenilor și al cunoștințelor se află la o mai mică "distanță socială" și într-un domeniu al cunoscutului unde inițiativa nu are argumente inhibitorii. Există grade de distanță și apropiere socială (45) și aceasta nu numai sub aspectul distanțării afective a individului în raport cu anumite, persoane ci și în sensul evenimentului relațional. Dacă un individ ajunge în contact cu un alt om, ultimul fiind prezentat într-o funcție socială din care-l evaluează și-l judecă, distanța social-interpersonală dintre cei doi e mare. Dacă acesta din urmă

părăsește statutul și rolul său social-instituțional, în raportarea sa față de primul individ - distanța e mai mică dar ea rămâne respectabilă deoarece, deși e vorba de o relație (întâlnire, confruntare) de la om la om, e vorba de un necunoscut și fiecare din cei doi își păstrează "persoana" (masca) lor caracterială care-i blindează în fața imixtiunii celuilalt (sau în general a celorlalți) în intimitatea propriei sale ființe. Întâlnirea degajată, treptată cunoaștere, conviețuirea dintre doi oameni, poate micșora "distanța socială" și, în cazul prieteniei, oamenii își împărtășesc nu numai bunurile, problemele și intimitățile, într-o modalitate de existență duală (Binswanger). În dragoste această apropiere este așa de mare încât duce la contopirea celor două existențe într-o existență duală cu ștergerea practică a limitelor eului resimțit. În forma în care dragostea nu e doar un paroxism ci o modalitate existențială ce durează, ea restructurează ființa pe toate planurile, de ex. pe planul "corpului ca apartenență" celălalt și bunurile lui fiind resimțite la fel ca eul și propriile bunuri și orice lezare a lor ca o proprie lezare. În afara dragostei erotice, dragostea mai poate îmbrăca multiple alte forme în cadrul formulei sale de existență duală acceptată (Arauco), (46) dragostea cuplului părinte-copil, educator-elev, maestru-învățăcel, psihoterapeut-pacient etc. În toate aceste cazuri, în cadrul grupului dual, deși se realizează o mare apropiere între cei doi - apropiere cu valoare pozitivă pentru ambii - rămâne pentru fiecare în parte un domeniu al secretului personal, un ax de intimitate ca fundament al independenței funcționării a propriei personalități. Această problemă a intimității asupra căreia a insistat foarte mult Mounier (47) se dovedește necesară și în psihoterapie (Schulte), (48). Pe de altă parte, psihanaliza încearcă să reducă diversele forme ale existenței duale la o singură formulă.

Să urmărim acum această problematică din perspectivă psihopatologică.

2) O femeie de 34 ani suferă pînă la această vîrstă 4 intervenții chirurgicale dintre care ultima, pentru ulcer, a impresionat-o în mod deosebit (mai ales aparatul de adormit). De mică are o fire impresionabilă căreia nu-i plăcea să stea singură. După ultima operație e mereu într-o stare de tensiune; tresare la orice șgomot; cînd aude clanța de la ușă sau simte că vine cineva din spate se sperie și simte "un fior pe creierul mic". Acum nu mai poate sta singură nici ziua; noaptea nu suportă solitudinea, aceasta încă din copilărie.

Prezența calmantă liniștitoare și protectoare) a adultului față de copil e un fapt pe care ontogeneza îl înregistrează ca banal, dar care e ulterior depășit de treptata independentizare a copilului. Explicația prezenței <sup>calmante</sup> a adultului părinte față de copil e desigur mai complicată decît intervenția unui reflex condiționat sau a unei trăiri fantasmice în singurătate - cum postulează psihanaliza. Foarte probabil, pînă la "dimensionarea" persoanei copilului prin preluarea și introjectarea celuilalt, absența persoanei ce circumscrie cuplul protector e trăită ca o "amputare" a propriei dimensiuni personale în formare. Revenind la caz, paciența noastră suferind mai multe intervenții chirurgicale, le-a resimțit ca imixtiuni în domeniul corpului propriu. O intervenție chirurgicală e trăită totdeauna ca o imixtiune în intimitatea cea mai profundă a ființei, în zona preconștientă a schemei corporale, care e axul persoanei. Ceea ce se perturbă ulterior e sentimentul de securitate personal-corporală care nu ia însă forma fricii cîa unei tensiuni de așteptare ce se transformă, la cel mai mic indice noetic, într-o așteptare anxioasă. Faptul asupra căruia vrem să atragem atenția este că, alerta de așteptare anxioasă se declanșează atunci cînd apar indicii apropierii unei persoane venind din spate, deci dintr-un domeniu al preajmei necontrolat, ne avut în stăpînire în așa măsură cum e domeniul controlabil de către cîmpul vizual. După cum demostra încă Lhermitte (49), zona spatelui e o zonă de demarcație incertă a schemei corporale de imprecizie a ei. Aceasta face ca omul să se simtă în mod natural ca mai vulnerabil "din spate", ca spatele să fie un domeniu care prin definiție se pretinde a fi "adigurat".

Continuând analiza în această direcție vom aduce în discuție un alt caz.

3) Un gospodar, afirmativ echilibrat, președinte de CAP, bun organizator trăește la 54 ani un conflict familiar; de fapt are loc o ceartă între familiile ficelor sale. Deși locuiesc în comune alăturate e implicat și el în neînțelegerile ivite, iar unul din cei în cauză îl amenință că-l va omorî, fapt plauzibil în obiceiurile locului. Din acest moment se instalează o stare de așteptare anxioasă cu heliniște, insomnii, coșmare, instabilitate motorie, nu-și mai poate continua lucrul, frică de intruneric. În plus, trăește senzația penibilă că cineva e în spatele său; intră imediat în panică și se întoarce pentru a verifica. Fenomenul se repetă de mai multe ori pe zi, oriunde s-ar afla. Ansamblul fenomenelor se amănțează după un scurt tratament anxiolitic, psihoterapeutic și mai ales prin aranjarea problemelor familiare.

Ceea ce trăește pacientul de mai sus este, pe fundalul unei așteptări anxioase, o vulnerabilizare a corpului (și deci a persoanei sale) ca spațiu, în zona în care acesta scapă câmpului vizual și care devine o "pată dorsală a lui Sigfried" prin care agresorul presupus poate să atace. De aici senzația de prezență amenințătoare a cuiva în acest spațiu. Perturbarea care s-a produs e de domeniul raportului dintre "lume ca un câmp al acțiunii posibile" și "corp ca disponibilitate de acțiune posibilă"; deci de domeniul spațiului trăit, în calitatea sa complexă de spațiu fizico-social. Si ceea ce perturbă acest raport ducând la respectiva vulnerabilizare fobică, este o informație cu o anumită semnificație (ce vizează palierul mijlociu al persoanei).

Așa cum a analizat magistrul Merleau-Ponty (50, 51), individul ancorat în lume (angajat într-un orizont de intenționalitate asupra ei) se resimte ca prezent într-o lume care-l învâluie fără fisuri și cute, fără discontinuități. Corpul propriu "ca un nod de semnificații vii ... este eminentamente un spațiu expresiv - spunea Merleau-Ponty - care nu numai lucoeste spațiul ei, în mișcarea sa, își asumă activ spațiul și timpul, le reia în semnificația lor originară". Prin însăși intenționalitatea de act și prin actul ce vizează lumea și se desfășoară în ea, aceasta se prezintă ca o lume fundată și modulată spațial. Corpul uman ancorat și angajat în lume e înconjurat

de un continuum spațial în care se resimte ca imers; iar actele circumstanțiale realizate în locuri definite, realizează doar modulari și forme ale acestui atribut spațial al lumii. Dar în cazul în care individul nu se mai poate raporta activ la lume, în mod natural (deci în toate compartimentele acesteia) când nu mai e trăită ca un domeniu al ancorării globale a intenționalității individului, atunci și trăirea spațiului se modifică. Omul care se raportează pasiv față de lume, care în plus se simte amenințat de către lume, nu numai poate trăi lumea ca un câmp al acțiunii posibile în toate domeniile sale, nu se mai resimte ca imers într-o lume spațial continuă și omogenă (ca accesibilitate a acțiunii) și atunci devin posibile fenomene ca de tipul celor de mai sus. Căci spațiul trăit are într-o anumită măsură atributele schemei corporale (pe care oricum o implică), iar schema corporală e impregnată afectiv.

În cazul 2) avem doar o sensibilizare la posibilitatea circumstanțial actuală a unui pericol în zona necontrolată de câmpul vizual; în cazul 3) trăirea se instalează nemijlocit comprehensibil dar nu mai e legată de indici actuali care să o declanșeze. Să urmărim acum un caz în care nu mai e vorba de o simplă reacție nemijlocită în urma unui eveniment trăit ci de o dezvoltare nevrotică în urma cumulării de conflicte psihotraumatizante:

4) Un bărbat de 46 ani care de-a lungul vieții a fost o fire asociabilă, întreprinzătoare, categorică, în conflicte se exteriorizează imediat dar nu brutal; foarte ambițios și încăpăținat, un lucru început îl termină întotdeauna; curajos și cu inițiativă, în grup era întotdeauna șeful grupului.

După terminarea liceului comercial lucrează în domeniul P.T. T.R. Conflictele se cumulează în ultimii 4 ani și se desfășoară pe plan familial și profesional. Soția, care după o meningo-encefalită rămâne o defectivă, în această perioadă are o masivă cădere a stărilor mentale și somatice care necesită internări în spitale de psihiatrie și după un an moare. În aceeași perioadă, pacientul e promovată într-o funcție de conducere dar care fiind îndepărtată de locul inserției sale familiare, sociale și existențiale, o refuză. Urmează o serie de conflicte la serviciu care se soldează, după repetate inspecții (și o prelungită stare de tensiune de așteptare) cu desfacerea contractului de muncă (decizie asupra căreia ulterior se revine).

În această perioadă de trăire masivă a conflictelor se instalează o serie de simptome între care pe primul plan e senzația că cineva stă pe spatele său și-l va apăsa pe umăr să-l "înfunde"; sentimentul intervine paroxistic, e deosebit de penibil și, în acel moment trebuie să se întoarcă pentru a se asigura că totul e în ordine

dine. In prezent, la 4 ani după debut, acest simptom s-a atenuat mult, în schimb crește treptat fobia de mulțime, claustro-fobia, frica (nesiguranța) la trecerea străzii, frica de înălțime (care, într-o formă atenuată data din copilărie) etc. Se mai dezvoltă și următoarele simptome: fenomene de nesiguranță și emotivitate (socială) exagerată, irascibilitate, hiperestezie senzorială, tresare la orice șgomot, astenie cefalee. Enervările accentuează simptomatologia.

Intilnim și la acest caz vulnerabilizarea spațiului corporal în zona care scapă câmpului vizual, mai precis în regiunea nucală (aceasta e și zona în care avem sentimentul că simțim privirea cuiva care nu fixează din spate). Dar pacientul de mai sus nu resimte doar "prezența" cuiva în acest culoar spațial de vulnerabilitate ci simte iminența unei acțiuni a cuiva care va urma să-l "înfunde" (remarcăm că termenul poate funcționa nu numai la propriu ci și simbolic<sup>x</sup>). De notat că acest simptom e pe prim plan în perioada acută a conflictelor interpersonale pentruca ulterior, când asistăm la o dezvoltare nevrotică, gama simptomelor să se îmbogățească cu variate fobii și simptome neurastenoide. Toate simptomele sunt de domeniul alterării angajării active la lume (de domeniul perturbării actului și activității) dar ele țin deja de o distorsiune a structurii persoanei, mai mult decât răsunetul nemijlocit al unei semnificații (teme) amenințătoare unice în persoană.

Până aici am urmărit cum, în urma unei emoții conflict, se poate realiza o vulnerabilizare a spațiului-corporal a spațiului personal, în zona care scapă câmpului vizual (și care se dovedește a fi un locus minoris rezistentia<sup>xx</sup>). Vrem să subliniem acum următoarea<sup>x</sup>) Faptul că zona corporală a spatelui poate deveni mai ușor o zonă în care persoana poate să se simtă amenințată (sau nesigură) ține desigur de structura schemei corporale și de posibilitățile circumstanțiale ale individului de a se raporta la lume. Din aceste puncte de vedere evident corpul uman resimțit nu e omogen: omul nu-și resimte fața la fel ca regiunea nucală. Dar imaginea trăită a propriului corp "mai e influențată (în structurarea și trăirea sa) și de elemente de semnificație și de cultură. Faptul că omul "se ia cu mâinile de cap" sau "își sprijină capul în mâini" la disperare nu mai ține de schema corporală ci și de cultură. La fel, spatele nu e numai o zonă mai vulnerabilă a corporalității ci prin cultură el e impregnat și de semnificația muncii fizice grele, a transportului ("a aduce în spate greutatea vieții", "a purta pe umeri povara vieții"). Simbolica limbajului indică și formule mixte: "a ține spatele cuiva" poate verifica și faptul de a susține și ajuta pe persoană - probleme care singur nu le poate rezolva și faptul de a-l proteja și asigura împotriva amenințărilor. "Omul adus de spate" este un om împovă-

rele fapte, Un spațiu înconjurător omogen - și mai ales un "spate" asigurat - sunt condiții de posibilitate ale actului proiectat, dar sub un anumit aspect și concomitențe și creații ale sale. Vulnerabilizarea spațiului corporal se poate realiza în psihopatologie nu numai după canale modelate de preajmă și de configurația corporală specifică ci și printr-o vulnerabilizare de ordin general a spațiului corporal (personic) în ansamblu, în generalitatea sa. Vom discuta aceste probleme în legătură cu un ultim caz pe care-l prezentăm în acest paragraf.

6) E vorba de o femeie de 44 ani, în antecedentele căreia se notează la 7 ani un accident de circulație: e călcată de o mașină, rămâne inconștientă câteva ore; o fractură de picior ce se vindecă în bune condiții. Tatăl moare paralizat; a fost o fire ce se descărca brusc. Mama o fire blândă.

La 12 ani, în perioada în care se instalează menarha, pacienta prezintă o suferință greu de lămurit din descrieri: mama pacientei observă că ea nu doarme noaptea liniștit, prezintă dificultăți motorii multiple, nu poate să umble bine (parcă picioarele erau înțepenate), când stătea pe un scaun se scula cu multă dificultate; nu mai poate scrie decât cu dificultate, scapă obiectele din mână. Medicul consultant îi face un tratament electric superficial (faradizări), administrează bromuri și recomandă plimbări în aer liber care, într-adevăr îi făceau bine. De la acest episod nu mai continuă școala. Rămâne o fire mai puțin socială, mai taciturnă, legată mai mult de familie. E încăpăținată și perseverentă (Ceeace-și propune realizează cu orice preț).

La 17 ani e deportată într-un lagăr de concentrare unde face și un tifos exantematic. Tot timpul deportării e taciturnă, nu vorbește cu nimeni, plânge ~~tot timpul~~ și în cele din urmă, comisiile

rat (sau chiar înfrint) de greutate și vîrstă. Astenici și depresivi sînt "aduși de spate" încovoiați spre o închidere în sine și un refuz al lumii dat de neputință sau dezinteres etc. Această simbolică a limbajului curent, conține desigur în metaforele sale, un punct de plecare real inspirat din trăirile și atitudinile corporale umane nemijlocite.

xx) Această vulnerabilizare a spatelui (care întotdeauna se petrece în dimensiunea unui spațiu agoric în imensa majoritate a cazurilor local devenind vulnerabil față de altul, alții, față de agresiunea socială), poate fi tratată în nenumărate și interesante modalități. Iată de ex, trăirea unei persoane care fiind în detenție e dusă spre interogatoriu, flancată de doi gardieni: "în acel moment, al drumului spre interogatoriu, simțeam cum, parcă în spatele meu se înălța o umbră a mea de 2-3 ori mai mare ca mine, și prezența acestei umbre, pe care nu o vedeam și care evident nu putea fi ca atare, mare și verticală, mă liniștea ca un finger protector". În cazul de față, trăirea spatelui vulnerabil, în contextul de nesiguranță și pericol, se compensează prin imaginea unui paravan contituit de o "umbră protectoare", evidentă iluzie sau metamorfozare de schemă corporală. Arhaicul simbol al "îngerului protector" se naște indiscutabil din astfel de trăiri.

.. // ..

medicale o repatriază. Ajunsă acasă se simte mai bine și împotriva voinței familiei se căsătorește cu un om de care se îndrăgostise. După căsătorie, aproximativ o lună, are sentimentul că pe stradă sau în tramvai, cineva o observă; apoi această trăire dispare și se simte bine un timp destul de lung.

Se simte din nou rău după prima (și singura) naștere: nu poate sta singură în cameră cu fetița, trăiește frica de a nu se întâmpla ceva (mai precis o așteptare anxioasă). Această trăire treptat se estompează, și ea intră în serviciu (unde lucrează fără întreruperi de 17 ani). Rămâne însă un om cărui îi place singurătatea, care preferă să tacă, motiv pentru care colegile o consideră îngîmfată. De fapt nu a avut nici-o dată nici-o prăetenă. În rest e foarte bună și corectă muncitoare, mult apreciată la serviciu.

Sub aspect caracterial și ca trăsături permanente, din copilărie nu are răbdare (de ex. nu-i place să stea la coadă). E foarte ordonată, face multă curățenie, toate trebuie să fie la locul lor. Nu merge la cinematograful (pentru că e întuneric și lume multă). I-i place mult să stea acasă (deși nu există frică de stradă, fobia înălțimii sau a aglomerației manifeste). Acasă obișnuiește să încue toate ușile, ceea ce jenează puțin pe soțul și fiica sa (uneori, în ultimul timp, se scoală noaptea și verifică dacă ușile sunt încuiate). Un vag sentiment de frică neînămurită, persistă în permanență, mult timp, chiar când e acasă, cu ușile încuiate. Cu atât mai mult nu poate ieși seara singură din casă și merge în întuneric.

La 43 ani, într-o perioadă în care se instalează menopauza (de altfel destul de brusc și cu minime turburări neuro-vegetative) se apare pe fondul său obișnuit, descris mai sus, o stare de rău, și anume:

La serviciu are impresia că în timp ce lucrează încordată, cu privirea fixată și cu întreaga atenție concentrată asupra obiectului de lucru (lucrează o muncă migăloasă și de finețe la finisat pantofi parcă cineva o pîndeste din spate, parcă cineva e în spatele ei ca să o controleze dacă lucrează destul de repede; și în acel moment are impresia că ține pantoful foarte mult în mână, că nu-l va mai pune niciodată pe bandă, deși obiectiv totul decurge normal. Aceste trăiri s-au intensificat destul de repede, astfel că într-una din zile intră în panică, fuge la șeful de secție implorîndu-l să vină să vadă cum e ea pîndită și verificată în permanență asupra randamentului muncii sale (deși ea verificase mereu faptul că nimeni nu era în spatele ei).

După acest episod paroxistic părăsește serviciul la fabrică și merge împreună cu soțul pe un șantier, unde lucrează la pontaje. Se plimbă, mult timp afară, în aer liber, ceea ce-i face foarte bine. Persistă însă trăirea neplăcută că nu va putea termina la timp munca începută (pontajele, calculele); trăiește din acest motiv momente de panică în care rupe toate hîrțile cu calcule, dar în general se simte bine, sentimentul controlului din spate dispare. În această situație se duce toamna să-și facă lichidarea la fabrică. Dar în urma insistențelor celor de aici (era o lucrătoare foarte bună) se lasă convinsă și reia lucrul, de data această într-o sală ceva mai mare. Se simte foarte bine, nu mai prezintă nici un simptom supărător timp de 6 luni după care vechiul simptom reapare. Are sentimentul că în timpul muncii concentrate cineva din spate o pîndeste și o controlează. Reapar și alte simptome care se instalaseră în urmă cu un an și care între timp se estompară sau dispăruseră și anume doarme deseori cu lumina aprinsă. Totul a început când, în timpul perioadei proaste din anul trecut, trezindu-se odată noaptea a avut impresia (dar nu percepția clară) că este cineva în cameră aproape de ea și că ea era înțepenită și nu se putea scula să aprindă lumina. Se adaugă și simptome noi. În prezent are impresia că mergînd pur și simplu pe stradă cineva ar urmări-o (verifică și se liniștește) sau că după ce a intrat în casă, parcă a intrat cineva după ea. Uneori, în tramvai, privește o persoană și brusc, trăiește sentimen-

tul că persoana respectivă are ceva cu ea, sentimentul nedurînd mult și fiind ulterior (sau chiar concomitent) criticat. Cînd stă de vorbă cu medicul îi vine în minte gîndul (și el criticat) că cineva ar putea să stea la ușa și să asculte ce vorbește.

Reapar coșmare anxioase profesionale: parcă se apropie de ea un vapor imens care o va strivi și cînd e foarte aproape își dă seama că e un pantof și se trezește; sau, un perete plin cu pantofi se prăbușește peste ea. În sfîrșit, un simptom ce apare accentuîndu-se e un automatism de verbalizare a gîndurilor legate de profesiune. Atît la serviciu cît și pe stradă sau acasă poartă interminabile discuții imaginare cu inginerul, șeful de secție, colegele: "nu vedeți cum merg lucrurile?" ... "nu vedeți că asta nu se poate ... iată de ce lucrurile nu merg bine! ... ar trebui făcut următorul lucru! ... etc.". La serviciu totul se desfășoară strict mental pentru că se stăpînește dar pe stradă gîndurile se verbalizează și se pomenește șoptînd lucrurile la care se gîndește, ba chiar pronunțîndu-le cu glas tare mai ales acasă cînd e singură. Uneori simte un impuls irezistibil de a vorbi cu cineva și atunci se duce la o vecină căreia începe să-i povestească în avalanșă, nelăsîndu-i timp de replică, după care pleacă. După internare în spital, la un moment dat vorbește timp de 30' singură fără să se intereseze dacă cineva o ascultă sau nu. Plimbările în aer liber îi fac bine.

Un astfel, de caz e desigur mai complicat decît precedentele.

Nu intrăm aici în discuția încadrării nosologice dar e evident că nu e vorba de o simplă reacție comprehensibilă sau de un impas sau o dezvoltare nevrotică, de o distorsiune a structurii persoanei ca urmare a cumulării unor situații conflictuale de viață neplăcute și nedepășite soluționant; în cazul de față endogenul (și eventual elementul toxic, pacienta lucrînd în mediu toxic) au o importanță apreciabilă în determinismul etiopatogenetic. Să ne oprim însă asupra discuției psihopatologice (cazul fiind bogat în fapte și probleme de psihopatologie dintre care doar o parte au fost redată).

În primul rînd, în continuitatea problematicii urmărite pînă aici în acest paragraf, vom remarca modalitatea în care pacienta de mai sus trăește "spațiul spatelui". Momentul inițial a trăirea unui sentiment de supraveghiere (și evaluare nefavorabilă) de către o persoană postată în spatele ei în momentul în care pacienta era concentrată la maximum asupra obiectului pe care-l lucra. În general, cînd suntem foarte conacentrați, asupra unui domeniu (obiect) de activitate, acesta se hipertrofiază dimensional în percepție (faptul a fost demonstrat experimental prin celebrele experiențe ale lui Piaget și Inhelder asupra supraevaluării etalonului, restul

cîmpului perceptiv "sub-evaluîndu-se" și dimensional și valoric. Atunci cînd individul este foarte absorbit de un lucru migălos (sau se concentrează intens asupra unei probleme) preajma se estompează în mare măsură, individul cufundîndu-se în obiectul său. Totuși, în toate aceste situații, preajma persistă ca un orizont preconștient, ca o preconștiință a unui cîmp al acțiunii posibile; ea se păstrează ca un continuum și nu devine un domeniu vid sau o fisură-culoar a spațiului-corp, de necontrolat și deci sursă de pericol posibil (și deci de anxietate-frică). Ori, la pacienta de mai sus situația psiho-activă (în care individul privește, vede și acționează construind astfel spațiul acțiunii), realizează o "coagulare" a întregului spațiu trăit pe obiect, pacienta rămînînd cu "spatele descoperit" și în acest spațiu necontrolabil (pentru că e de fapt o zonă a-spațială) se instituie - prin imaginar desigur - prezența supervizorului ce o evaluează și comentează. Fenomenul merită desigur o cercetare mai amănunțită, dat fiind că cercetările psihologice, fiziologice, neurologice și fenomenologice au demonstrat că "a privi", "a vedea" și "a acționa" nu sunt conjugate totdeauna într-o modalitate existențială unică. O contribuție importantă la problemă a avut-o neuropatologia mai ales după punerea în evidență de către Balint a sindromului "de paralizie a privirii" care-i poartă numele și care are la bază o atingere concomitentă a motricității oculare și a localizării obiectelor în spațiu. Paralizia privirii-Balint, studiată ulterior de Holmes, Hecaen, Cogan, Saraux, Grünthal comportă (în accepția modernă), (52), o dificultate de a fixa obiectele situate în cîmpul periferic, de a orienta în mod voluntar privirea într-o direcție dată și de a percepe mai multe obiecte simultan. De asemenea, o ataxie optică sau o dificultate de a sesiza obiectele situate în afara cîmpului macular sau de a evita obiectele în mers. Un studiu important și clasic care abordează și această problemă e excelenta carte a lui Lhermitte, "Psychopathologie de la vision" în care autorul distinge: spațiul ce ne înconjoară imediat și în care sunt

situate obiectele ce ne sunt accesibile (Greifraum); spațiul accesibil privirii noastre (Blickraum); spațiul reprezentativ (ce apare printr-un efort de reprezentare sau orientare). Lhermitte, ca un psiho-neuro-fiziolog (și patolog) cu o largă viziune, mai notează în cartea sa: "Noțiunea de spațiu ne e necesară pentru a localiza obiectele pe deoparte, pe de altă parte pentru a ne orienta... orientarea trebuie diferențiată net de localizare; ceea ce noi localizăm sunt obiecte, pe când subiectul însuși e cel ce se orientează. Orientarea pretinde o luare de conștiință a corporalității ..."

Vizarea lumii printr-o privire orientată este de cele mai multe ori implicatul unui act potențial și de aceea ea este "spațio-genetică". Ca un corolar, incapacitatea fixării obiectelor lumii ca suporturi pentru o intenție de act (ca în așteptarea anxioasă) e argument (concomitență sau consecință) de "despațializare" cu eventuala vulnerabilizare a spațiului; și într-o altă formulă, "despațializarea" se poate realiza prin însăși absorbirea privirii-vizante de către obiect (ca în cazul ultimei noastre paciente), ducând la același rezultat al fisurării, efracțiunii (spațiale) a spatelui.

Revenind la pacienta noastră, remarcăm că simptomele din gama celor discutate aici sunt destul de variate: uneori pe stradă "parcă cineva e în spatele ei și o urmărește", uneori, după ce a intrat în casă "parcă cineva a intrat în urma ei". Dar simptomele de relație nu se mai desfășoară apoi doar în interiorul "spatelui vulnerabil". Noaptea, acasă, în întuneric (în "masa" întunericului), "parcă cineva e în cameră" ceea ce determină somnul cu lumina aprinsă, deci asigurarea unui câmp de percepție și acțiune controlabil. În continuare, brusc se instalează sentimentul că "parcă una din persoanele prezente în preajmă, percepută de ea ca prezentă acolo, "are ceva cu ea", fenomen ce la fel de brusc se deconectează. Trăirile migrează (sau se complexifică) de la alterarea prin discontinuitate a spațiului trăit în raportarea la lume (ca preajmă) prin act, spre alterarea structurii spațiului relațiilor interpersonale, interumane.

Simpla prezență fizică a altei persoane în prejmă e suficientă pentru stabilirea unui contact psihic, a unei legături interpersonale (ce-i drept nedefinită dar totuși neplăcută) fără ca distanțele "spațiului interpersonal" să fie parcurse. De aici nu e decît un pas pînă la fenomenul xenopatic din cadrul relației senzitive cînd, orice persoană prezentă în fața pacientului prin simpla sa prezență în spațiul prejmei, are acces la intimitatea bolnavului cunoscîndu-i d'emble" gîndurile, intențiile etc. Desigur, în aceste cazuri persoanele prezente nu contează prin individualitatea lor ci doar ca pretext pe care individul proiectează sentimentul său de a fi descoperit cu intimitatea sa în fața tuturor, în fața mulțimii anonime la fel cum acel "cineva" care "parcă" era în spatele pacientei noastre sau "parcă" o urmărea în casă, nu avea nici-o identitate. Ceea ce e esențial și fundamental e alterarea structurii spațiului, atît a spațiului raportării individ-lume cît și a spațiului relațiilor interpersonale, spații care de fapt se interconectează, și se interpătrund. Si această alterare a spațiului, în cazul de față, face să nu mai poată exista "distanțe" în relațiile interumane (și la fel perspective și puncte de vedere) și totul să se reducă la situația limită a contactului realizat dintr-odată, total, nediferențiat și vizînd intimitatea. Dincolo de această situație în alterări psihopatologice mai grave, spațialitatea trăită se destrucurează pînă la un nivel în care nu mai contează nici spațiul preajmei, nici prezența percepută a cuiva (deci un obiect al lumii prezent în spațiul fizic perceput nemijlocit) ca agent posibil al penetrației spre intimitate ~~spre intimitate~~. Va persista doar tema penetrației trăită în contextul unei despațializări agorice globale. Nu mai e necesar ca un altul să fie prezent în proximitatea individului, văzut și identificat de el ca o persoană și prin această simplă prezență acesta să contracteze un contact nemijlocit cu intimitatea pacientului. Intimitatea sa e într-un vizor general, și "ei" "de oriunde"

(deci neprezenți hic et nunc) îl vizează prin mijloace de acțiune la distanță fapt pentru care, corpul ca spațiu nu poate fi un paravan în nici-o modalitate. La acest nivel sîntem în plin automatism mental.

In toată discuția de mai sus, esențial era nu dacă celălalt sau ceilalți care aveau acces la intimitatea persoanei apăreau cu intenții agresive sau nu, ci însăși faptul că avea acces; căci doar acest fapt ține de alterarea fațetei și structurii spațiale a organizării personalității existînd în lume. De fapt, de Clerambaud (54) a sesizat cu multă perspicacitate (descriind automatismul mental) cum acesta poate apare ca atare, ca fenomen constatat, fără neapărată trăire paranoidă (deci de intenție agresivă, rea a celui ce ajunge să aibe acces la intimitatea psihicului). Si dacă Merleau-Ponty spunea că halucinația e în primul rînd o turburare a trăirii spațiului, același lucru și într-un grad poate mai mare se poate spune despre automatismul mental.

Dintr-o altă perspectivă, Stroch a analizat cu penetrație cum în schizofrenie spațiul se omogenizează în sensul că dispar limitele dintre spațiul meu și "spațiul altora". Schizofrenii au senzația că lumea se întinde la infinit, foarte departe, fără ca ei să poată intra totuși în această lume. Schizofrenul trăește o "deschidere" periculoasă a acestui spațiu în care a lăsat neajutat la cheremul lumii. El resimte și crede că nu mai are un spațiu a lui, particular, în care să se poată baricada împotriva intervențiilor celor din jur, motiv pentru care acționează dur și colțuros. Sau dimpotrivă, realizează o baricadare totală ca în autism, ca o carapace dramatică la fel ca în metamorfoza lui Kafka. Și Minkowski descrie dificultatea schizofrenului (în anumite forme de schizofrenie) de a delimita un spațiu al acțiunii și prezenței; acesta se deschide mereu printr-un fel de politică "de l-au delă" fără limite, fără posibilitatea persoanei de a mai ajunge la un capăt. Acest fenomen

descriș de Minkowski - și care într-o anumită măsură convine și psihastenicului - relevă de fapt mai mult dificultatea delimitării personalității prin act (delimitare desigur și spațială) într-un domeniu al "persoanei ce acționează" și un "domeniu al lumii circumscris ca teritoriu al acțiunii". În situația semnalată, ambele aceste teritorii se diluează ca limite și se interpătrund.

Preocuparea noastră este axată însă pe studiul fobiilor ne-psihotice. Am condus însă discuția de la formele reactive și pînă la cele limitrofe psihozei sau psihotice pentru a încadra într-un context o turburare ce se întâlnește frecvent la fobicii ne-psihotici (la nevrozele fobice) și anume incertitudinea în domeniul trăirii lumii ca spațiu mergînd pînă la o "de-spațializare". Mai precis, imposibilitatea de a mai trăi lumea ca spațiu, ca un mediu al acțiunii proprii posibile și prin aceasta un mediu protector, de unde, trăirea unui pericol potențial care-și poate face loc prin culoa-rele necontrolabile (ale spatelui) sau oriunde din preajmă, pericol resimțit în primul rînd ca o vulnerabilizare în fața socialului, a altuia (care-l poate viza sau ataca). În nevroza fobică acest aspect al psihopatologiei se poate exprima în variate feluri și în primul rînd ca sentiment al "spatelui descoperit și nesigur". Acest simptom e universal al agorafobicii deși nu totdeauna el apare sub această formă explicită ("parcă e cineva în spatele meu și trebuie să mă întorc și să verific"). Cel mai des se exprimă în alegerea (atunci cînd se află într-un loc public), a unor locuri privilegiate, din care individul poate avea sub ochi întreaga asistență pe cînd în spatele lor nu e nimeni. O altă variantă universală la agorafobicii este "frica de aglomerație" (fundată în stările de angoasă sau panică care-l cuprind pe individ în mijlocul mulțimii). Mulțimea prezentă în jur are acces nemijlocit la persoană, dată fiind de-spațializarea, ea coagulează întîm monolit ce se prăbușește concentric spre individ și această situație e trăită ca echivalentul unui atac. Frica de întuneric este și ea pînă la un punct legată de aceste

trăiri, deoarece întunericul este prin el însăși o de-spațializare a lumii. Si în întuneric, fobicul trăește așteptarea anxioasă a posibilei emergențe a unui altul din orice direcție sau panica (și groaza) când imaginarul completează fantasmic unii indici în acest sens. Alteori, trăirea poate lua forme mai particulare. Un pacient urmărit de noi care avea o intensă fobie de aglomerație (motiv pentru care nu putea călători nici cu trenul nici cu tramvaiul), care trăia o mare jenă în public (parcă lumea l-ar privi, fixa etc.) mai prezintă și următoarele senzații neplăcute: mergând pe stradă avea uneori trăirea că parcă "ceva" (în cazul acesta nu "cineva") îl împinge sau îl trage din spate; dar senzația cea mai neplăcută consta în aceea că, de câte ori se apropia de un colț trăia teama că, după colț va fi cineva care-l va pocni în cap. Pacientul de mai sus era un nevrotic clar structurat ca atare; precizarea e necesară deoarece multe din simptomele amintite pînă aici (între care mai ales vulnerabilizarea spatelui pentru atacul cuiva) pot fi simptome de debut a unei psihoze.

#### APENDICE

Redăm aici, în rezumat opiniile neuro-patologului Janeraud (42) deoarece ne par a fi în strînsă legătură cu o serie de probleme pe care le-am adus în discuție pînă aici și ne vor fi utile și în următorul paragraf:

La cazul studiat de el Janeraud constată (în urma unei remisii uni după două accidente vasculare) o turburare care nu e localizată numai în sfera oculomotorie ci cuprinde întreaga motricitate; întreaga tentativă gestuală a bolnavului către spațiul exterior e dezorganizată, duce la eșec. Autorul subliniază că spațiul obiectiv al clasicilor în care datele senzoriale erau "completate" intelectual, trebuie conceput ca spațiu perceput de către subiect; iar subiectul nu este un spectator pasiv ci un "subiect care percepe" cu implicația dinamică a acestui cuvînt. În perioada fixării privirii asupra unui obiect, fixare prin care obiectul e recunoscut (timp gnozie propriuzis) s-a demonstrat prezența unor mișcări oculare foarte fine și a căror amplitudine maximă corespunde unghiului de deschidere a maculei; în cursul fixării aceluiași obiect sub aceeași iluminare se pot observa fine vibrații pupilare și ale curburii cristalinului; toate acestea sunt pentru formă și pentru perspectivă ceea ce deplasarile perspectivei și acomodarea sunt pentru spațiu sau distanță. Noțiunea de "instrumentalitate a corpului" ne introduce într-un

spațiu construit prin actul perceptiv al subiectului ce percepe. In acest sens, proprietățile unui spațiu pretins "obiectiv" primar, nu au existență proprie ci se integrează în relația pe care actul perceptiv o crează între subiectul ce percepe și obiectul perceput. Aceste calități obiective (distanțe, dimensiuni aparente) nasc din "intenționalitatea mea asupra ...." și nu îmi preexistă decât ca date pur abstracte, ca date "de perceput". Percepția obiectelor ca lucruri abstracte și nu ca "utilizabile de către mine" nu este o percepție adevărată ("este un "a vedea fără a privi"). La subiectul normal, "a percepe" nu e distinct de "a acționa" pentru că posibilitatea unui corp de a merge către obiectul perceput și de a-l utiliza este însăși spațiul. Când corpul pierde această calitate prin care eu pot acționa asupra lumii obiectelor, această dimensiune instrumentală, spațiul se aneantizează. In lipsa mișcărilor de orientare adevărate de explorare, bolnavul se găsește rapid în situația subiectului ce privește fără țintă, absent. Trebuie să subscriem la noțiunea unui spațiu construit prin actul perceptiv al subiectului ce percepe. Spațializarea nu e o perfecționare a percepției. Lucrurile nu sunt dispuse "în spațiu", în fața mea ca și elemente de decor pe o scenă de teatru ci spațiul există "à travers cets choses", pe care eu la percep ca cîmp al posibilităților mele asupra lor. Percepția mea mă spațializează, punîndu-mă într-o anumită relație cu lumea obiectelor și deschizîndu-mă nu asupra obiectelor absolute" ci asupra calităților spațiale ale acestor obiecte. Priza subiectului asupra lumii (ancorarea în lume) este originea spațiului. Turburările mișcărilor ochilor reprezintă în același timp o cauză și o consecință a despațializării; mișcările oculare aparțin corpului, instrument spațializant și nu sunt decât o modalitate a ființei în spațiu etc.

Opiniile neuro-patologului Janeraud reproduse mai sus sunt desigur foarte interesante și importante. Considerăm totuși că lucrurile și lumea au și spațialitatea lor obiectivă, alături de spațialitatea fenomenologic-psihică (spațiul trăit) care se institue prin însăși actul de raportare intențională a subiectului față de lume. Cu alte cuvinte, utilizînd datele fenomenologiei optăm pentru o perspectivă realistă și nu pentru una neo-kantiană.

## II

### Persoana ca domeniu, domofilia și fobia străzii.

Dacă spațiul în perspectivă fizico-matematică nu poate fi definit în afara mișcării (sau a grupului de transformări) și dacă spațiul trăit, deci în perspectivă fenomenologic-antropologică nu poate fi discutat în afara actului (a raportării active a individului la lume), rămîne totuși de discutat dificila problemă a "locusului", ("a toposului").

In "limbajul cosmic" Lincos al lui Freudenthal, (55), pentru introducerea noțiunilor spațiale se utilizează mai întîi cuvîntul

Loc(fl locus=loc); apoi se introduce cuvântul Spa(fl spatium= spa-  
țiu) care reprezintă mulțimea tuturor locusurilor considerate ca  
punct. In afară de această considerare abstractă a spațiului ca mul-  
țime a tuturor punctelor, într-o perspectivă fizică (Alexandrov)(56)  
spațiul-timp ar putea fi considerat ca mulțimea tuturor evenimente-  
lor din lume, din care s-au abstras toate proprietățile cu excepția  
acelora, determinate de structura sistemului de relații în care une-  
le evenimente acționează asupra altora. Desigur, putem imagina o  
perspectivă eclectică asupra spațiului (și timpului) care să împace  
și pe cei ce consideră spațiul ca mulțimea tuturor punctelor (obiec-  
te) și pe cei ce-l consideră ca derivând din relațiile dintre eve-  
nimente: vom considera deci o realitate care este "punct (locus)-  
eveniment" și care e în interrelație cu alte realități asemănătoare.  
Dar o astfel de realitate nu trebuie construită dacă ne aplecăm  
asupra lumii nu doar ca matematicieni sau fizicieni ci ca filosofi  
care acordă obiectelor lumii statut de independență și de existență  
obiectivă în raport cu omul, dacă spunem - împreună cu Aristotel -  
că obiectul intelectului e realitatea (ființa redă)(57). De fapt,  
așa cum menționam, ~~la~~ Aristotel a făcut o analiză profundă a locului  
(topos) pe care -l consideră ca inseparabil de obiectul sau ființa  
respectivă, fiind de fapt o limită a ei evidențiată de relația cu  
alte obiecte. Locul este o categorie spațială strâns legată de lucru  
și de extinderea acestuia. Să urmărim această problemă a locului  
privitor la persoana umană.

In cazul persoanei umane conștiente mature ce se raportează  
activ la lume "spațiul trăit" ia naștere din această raportare ac-  
tivă. Dar actul pleacă, emerge, dintr-un "loc" care e cel al persoa-

—//—

nei și care, în primă instanță, e centrul lumii ca spațiu. Desigur, lumea ca spațiu odată structurată, ea apare ca un orizont spațial universal care învâluie (cel puțin potențial) toate obiectele lumii și între ele și proprie persoană în calitate de obiect al lumii. Dar, pe lângă calitatea sa de obiect al lumii prezent în lume ca oricare altul "persoana își păstrează, din punct de vedere spațial, calitatea de "locus", de "topos", de loc de înrădăcinare, centrare și emergență, loc care - dat fiind că are extensie - e de fapt un domeniu. (Vom utiliza simbolul înrădăcinării pentru a comenta raportul "viu" - absolut necesar ca o condiție de existență - a persoanei umane cu preajma sa istorică, raport care întreținând relații nu dizolvă limitele și deci calitatea de "loc" a persoanei).

Pentru discuția din paragraful de față vom utiliza următorul caz clinic, ca un caz de referință.

6) O pacientă de 33 ani se internează după ce 6 luni nu eșise din casă. Chiar și acasă prezenta deseori o stare de anxietate, simțea nevoia ca cineva să fie cu ea, avea "o frică de singurătate". Resimte de asemenea, o mare stare de nervozitate, irascibilitate, emotivitate, deseori palpitații și crize de plîns. Răul începuse să se instaleze în urmă cu 7 luni într-o perioadă în care era obosită și emervată de prea multe vizite ale cunoștințelor și neamurilor, față de care nu se putea exprima urît și nu-i putea refuza, trecînd toată nemulțumirea în fundal. Astfel, se simte tot mai obosită și "nervoasă"; într-o seară trebuie să meargă pînă într-un loc pentru a rezolva ceva și-l roagă pe soț să o însoțească; aceasta refuză sub motivul că era foarte obosit ceea ce pe ea o supără foarte mult; nu comunică acest lucru soțului decît a doua zi, bineînțeles spre mirarea acestuia (în general obișnuia ca o nemulțumire să nu o comunice direct ci într-un fel "răutăcios" să se răsbune ulterior). În aceeași zi, mergînd să cumpere ceva, simte o greutate imensă de a sta la rînd, ar vrea ca totul să se rezolve repede, fără așteptare (regretă că a dat vînzătoarei o bancnotă de 100 lei și trebuie să aștepte restul). De atunci apar dificultățile de a merge după cumpă-

x) Faptul a fost remarcat și subliniat de L. Feuerbach (58) ca de unul din părinții antropologiei filosofice. Iată ce spunea el în "Principiile filosofiei viitorului": "Existența concretă este prima existență, primul mod de determinare. Sunt aici (s.a.) - iată primul semn al ființei reale, vii ... Aici (s.a.) este primul hotar, prima despărțire ... Beterminarea locului e prima determinare rațională, pe care se sprijină orice altă determinare" (s.n.). Limitarea în spațiu și timp este prima virtute, diferența de loc e cea dintîi diferență a ceea ce se cuvine și ceea ce nu se cuvine ... pentru nebun, locul e indiferent, el face orice în orice loc, fără deosebire. De aceea nebunii redobîndesc rațiunea, cînd se simt legați de loc și timp (s.n.)".

rături, apoi de a merge pe stradă, totul amplificându-se pînă la claustrarea sa în casă timp de 6 luni.

Contextul și fundalul istorico-caracterial în care se dezvoltă aceste simptome e următorul: Crește într-o familie cu 7 frați, de la 4 ani avînd un tată vitreg, un om rece, dur, nepăsător, care o bătea des și pe care deseori ulterior îl visa în coșmaruri ca amenințînd-o. Mama: "nici-odată nu mi-a oferit dragostea de care aveam nevoie și de aceea nici nu pot să spun că țin la dînsa"; în copilărie a asistat la multe certuri familiare.

Crește ca o fire sociabilă dar mai ales foarte ambițioasă și mîndră. I-a plăcut să fie în societate, între cunoștințe, prietene, la spectacole (spre deosebire de soțul ei care e un militar tăcut, serios, calm, căruia nu-i plac distracțiile și în plus lipsește mult de acasă). Și după căsătorie a continuat să activeze în echipe culturale unde spunea poezii etc. Foarte ambicioasă, nu dorea să aibe nimeni ceea ce avea ea (în care sens prospectează casele cunoștințelor). De cînd are casa ei se ocupă foarte mult de casă de ordine, de curățenie, dar și de dotare (să fie în casă tot ce trebuie și de bună calitate) și de aranjament (să se poată mîndri cu casa ei). Nu-i place să dea nimic din ce-i al său (fără a fi exagerat sgîrcită), dorește ca toate să fie așezate așa cum dorește ea (vizitatorii prea mulți o supără tocmai pentru că perturbă această ordine numai de ea știută). Cînd începe curățenia în casă aceasta durează o săptămînă, problema curățeniei fiind una din principalele probleme care o preocupă. Se mai descrie ca "alintată" în sensul că-i place să fie băgată în seamă și alintată de alții. Sensibilitate deosebită la mirosuri.

Din istoria vieții e de reținut: A fost crescută foarte strict trebuia să fie acasă la ora fixe. Acest lucru o "rîcîia", și în pubertate imagina fantasmic să se răsbune pe familia făcînd un copil. Cînd avea 15 ani, mama ei fiind însărcinată, ea e invidioasă, nu dorește să aibe un nou frate. Mama avortează ceea ce o ușurează sufletește, dar se simte și ea rău, stă și ea culcată în pat cînd mamei i se face rău. La 17 ani "fuge" de acasă (de fapt se mută la o soră de-a ei) neacceptînd o căsătorie pe care familia o preconiza, La 18 ani e logodită dar logodnicul moaste într-un accident. La 19 ani se căsătorește; soțul o cucerește prin faptul că se poartă foarte fin și delicat cu ea, nu o sărută decît la căsătorie și, deși nu e o fire brutală, la nevoie știe să fie energic. Cam din perioada căsătoriei simte un rău "ca o nervozitate în stomac", inconstant însă și care nu o supără prea mult. Tot în perioada căsătoriei mai e prezent un eveniment notabil. Are o erupție cutanată pe abdomen și e convinsă că are sifilis (!!!) deși nu avusese nici-o legătură sexuală și nici în familie nu se semnalase boala. Viitorul soț o liniștește dar rămîne cu o frică de cancer care persistă pînă la ultima internare și care nu o vizează doar pe ea; soțul are la un moment dat o inflamație și ea se frămîntă cîteva săptămîni în tăcere cu gîndul cancerului posibil; o afecțiune a unei cunoștințe îi ridică aceeași problemă. În general e "panicardă" - spune bolnava - dacă soțul sau fetița întîrzie de acasă se gîndește imediat dacă nu s-a întîmplat cumva ceva rău și verifică cu telefoane.

Cu 5 ani înainte de ultima internare a mai prezentat un episod nevrotic. Răul a început atunci cu o cefalee în cursul unei ședințe unde erau foarte mulți oameni. Peste două zile, acasă fiind e cuprinsă de o stare de panică: "miee frică", "mi-e frică" spune ea soțului trimițîndu-l după medic. Ulterior, senzațiile neplăcute, "neliniștea din stomac" se accentuează. În plus, cînd merge pe stradă simtea cum că parcă "calcă în gol"; totuși aceasta nu o împiedică să se deplaseze singură pe stradă. Episodul nevrotic se rezolvă destul de rapid și ușor, mai ales după ce un medic îi spune că trebuie să se stăpînească singură. De la acest episod pacienta rămîne cu o cefalee care cedează la antinevralgice și cu dificultatea de a mai sta la ședințe sau în săli cu multă lume, avînd mereu frica să nu i se facă de rușine. De aceea alege mereu lo-

curi lângă ușă (pentru ca să se retragă în eventualitatea că i s-ar face rău și astfel lumea să nu observe).

Cînd se instalează episodul actual, în perioada în care mai eșea încă din casă, pe stradă avea aceeași senzație de "a călca în gol" și atunci mergea drept înainte fără a privi în jur, grăbindu-se deși simte că picioarele îi tremură și parcă "i se taie"; simte un rău ca o neliniște în abdomen ce se transformă apoi în palpitații și ameteală; trebuie să se sprijine, se stăpînește cît poate și se întoarce în grabă acasă, dacă găsește, cu un taxi. În orice caz nu cerea ajutor nimănui și face tot posibilul ca nimeni din jur să nu observe răul ei. Gîndul care o terorizează în aceste momente e că s-ar putea să-i vină rău să leșine și să se facă de tîs în public. Stările pustii sau cu puțini oameni, mai ales seara sunt mai suportabile, dar cu cît e mai multă lume pe stradă cu atît panica e mai mare. Însoțită de cineva din familie e ceva mai ușor să umble pe stradă. În timpul tratamentului, deși locuște doar la 500 m. de spital, vine la început cu taxiul. Perioada cea mai penibilă era înainte de a pleca de acasă.

Problemele pe care le ridică un caz ca cel de mai sus sunt multiple. Vom remarca la început că "de-spațializarea" pe care o trăește această pacientă e de un alt ordin. În plin "spațiu agoric" prezența mulțimii este greu de suportat dar nu pentru că o despațializare interpersonal-socială ar face ca alții să aibe acces ușor și nemijlocit la domeniul intim al persoanei și astfel, indiferent de intenție, să fie jenanți. În cazul de față mulțimea e trăită de pacientă ca "judecător posibil" care ar aprecia-o (judeca-o) negativ în cazul în care i s-ar face rău (situație care e trăită panicard fantasmatic de pacientă pe stradă) și e resimțită deci mai mult ca o prezență morală decît fizică; în schimb pacienta trăește o despațializare a spațiului fizic, situație pe care foarte plastic o denuște "sentiment de călcare în gol" și care se întoțește de trăiri vegetative și tonic posturale. Acestea fiind spus nu ne vom ocupa în continuare de analiza scheletului motivațional al cazului (din perspectivă mai mult sau mai puțin abisală) ci vom încerca să discutăm substanța factologică a cazului; vom pleca de la realitatea faptelor spre motivația posibilă încercînd a degaja, prin comparare cu alte cazuri, profilul fundamental al fobicului, nu numai motivațional, simptomatologic sau temperamental ci în desfășurarea sa dramatică.

a) Tendința de a sta cît mai mult acasă, în casă. (Domofilia)

Acesta e de fapt principalul simptom pentru care pacienta e

adusă la medic. Dar înainte de a deveni simptom patologic, filia spre propria casă-cămin (domo-filia) era deja o marcă majoră a existenței pacientei: se îngrijea foarte mult de casă, de dotarea ei, de aranjamentul ei și mai ales îi plăcea să stea acasă.

Pentru cazul de față (și pentru quasitotalitatea nevroticilor fobici nucleari, am spune noi) faptul e explicabil prin lipsa de cămin cald, afectuos stabil și securizant în copilărie. Intr-o prelucrare statistică a materialului nostru clinic, peste 90% din fobicii nucleari prezintă această drapă a copilăriei, dublată de filia spre casa cămin la vârsta adultă. Dar fenomenul se înrădăcinează profund într-o modalitate existențială umană, așa încît fobicul trăește doar exagerarea unei valențe ce o poartă orice om.

Existența fiecărui individ, considerată într-o largă perspectivă, are o ordonare centrată pe un nucleu (spațial) cu valoare de "acasă" (încărcat afectiv de securitate, certitudine, degajare, calm, intimitate, loc de început al pornirii desfășurării în lume). Acest "acasă" poate fi considerat din multiple incidente, dar din ori și care, el se referă la o înrădăcinare, la un sentiment de apartenență și intimitate. Căci "acasă" mai e un loc unde dormim, loc unde fără risc acceptăm să ne depersonalizăm în somn. Important e că acest "acasă" e un loc, are deci o plasare, o limită, o înrădăcinare spațială într-un anumit fel structurată (chiar dacă aceasta se reface de mai multe ori în decursul existenței). La nivel biologic putem vorbi nu numai de cuib<sup>x)</sup> (locuință, stup) ci, așa cum în zilele noastre e definitiv demonstrat, și de un teritoriu propriu (ca un câmp permis de căutare și procurare a hranei). Antropologia demons-

x) Locuința la animalele ce-și nasc și îngrijesc pui e ceva profund aderent de instincționalitate iar imixtiunea în (sau distrugerea) locuinței animalului determină o profundă reacție și perturbare instincțivă. Intr-un fel s-ar putea spune: casa proprie e "ceva" de domeniul instinctului.

trează că microgrupul uman primitiv a avut pe lângă locuință și un teritoriu propriu, chiar în faza de culegător sau vânător(59). Faptul s-a perpetuat în istoria civilizației, de la înrădăcinarea în polis la înrădăcinarea în țară. Desigur, se poate vorbi de o înrădăcinare etnică, dar aceasta rămîne o abstracție fără fundalul său topic și figural. În rădăcinarea regională și comunală sunt desigur mult mai pline de substanță "reală" dar nucleul acestor înrădăcinări rămîne tot un loc delimitat restrîns și a cărui model e casa familiară (el poate fi și strada sau cartierul dar acestea nu au valoarea delimitativă tip). Mergînd mai departe, ca locus, a înrădăcinare de ultim ordin e desigur corpul individual, dar așa cum menționam în altă parte, el nu se limitează la invelișul cutamat și fanere. Iar casa familiară e acel domeniu care încă mai poate combina pe a avea cu continuumul ancorajului.

Casa în care trăim e mai mult decît o simplă clădire, e un spațiu care e mediul firesc al realizărilor noastre de sine. Tot ceea ce se întîmplă în această casă are calități istorice, e legat de ieri, azi și mîine. În această casă există și legături interspersionale pentru că în ea locuiesc și "ceilalți" cu care individul se află într-o anumită raportare erarhică (Göppert) (60). Locuința proprie nu e numai o încăpere cu un anumit grad de confort ci un spațiu animat, investit cu afectivitate și - în permanență - actualizarea unui trecut (Schulte)(39). Desigur, fiecare om - și la fel fiecare tip caracteriat normal sau anormal - are locul lui, spațiul lui viabil propriu care e singurul ce asigură desfășurarea degajată a comportamentelor despre care individul să poată spune că sunt "ale sale". Pentru megalomanul histeroid locul optim de realizare este piața publică, pentru instabilul fantast dromoman, permanenta călătorie; dar pentru fobic, spațiul propriu și securizant prin excelență este casa proprie. Casa proprie e ceva de ce ne simțim "legați" pentru că a avea înseamnă a se atașa.

Orice palier al "în rădăcinării" poate fi, prin negarea sa,

palier de desrădăcinare. Modalitățile pe care psihologia ca dramă și psihopatologia le înregistrează ca fiind legate de desrădăcinare sunt multiple. Principalul mod psihopatologic ce se trăește în desrădăcinare este trăirea depresiei modulată mai ales ca nostalgie. Dar sunt posibile de asemenea, reacțiile primitive (piromanie, omucidere etc) studiate de Jaspers sau reacțiile paranoide (Schneider) (61). Desigur, desrădăcinatul tinde spre revenire, spre reinstalarea sa în spațiul pierdut. Pentru trăirile din gama fricii (pentru psihopatologia fobiei) caracteristică e însă tendința către o cât mai solidă înrădăcinare în spațiul propriu; de unde retragerea spre casă. Să menționăm în treacăt un caz:

7) O pacientă face un impas și apoi o dezvoltare nevrotică în urma unei masive încălcări a fundalului cu trăiri psihice conflictuale și anergizante; într-un interval scurt de timp îi moare tatăl, e dat afară din slujbă, face o hepatită epidemică și termină, - după multe scandaluri - divorțul cu un soț cu care făcuse o căsnicie mizerabilă și chinută timp de 7 ani. Caracterial era o perfecționistă cuminte și ascultătoare: totdeauna a muncit foarte mult dar doar ceea ce i se cerea, ținea ca totul să fie în ordine, simțea nevoia să fie condusă.

Impasul nevrotic se desfășoară în special cu fobii: fobie la trecerea unei străzi largi, fobie de aglomerație (nu suportă să fie la mijlocul mulțimii sau la mijlocul unui rînd), stare de rău cu transpirații și vertijă pe stradă, la mijlocul drumului dintre casă și serviciu. De fapt, așa s-a și instalat răul său nevrotic: ca un rău ce apărea pe stradă, pe măsură ce se depărta de casă; la un moment dat se oprea în panică, nu mai putea face nici-un pas și în aceste situații ruga pe un trecător (chiar pe un copil) să o conducă de mîna pînă la un telefon de unde chema un taxi pentru a merge acasă. Acasă răul se liniștea. Se retrage treptat din orice activitate în domeniul social, de la distracții și relații sociale. Culmea binelui și lucrul spre care tinde este să stea acasă; cel mai bine se simte cînd stă acasă, culcată în pat, în prezența unei persoane securizante iar culmea răului în mijlocul străzii.

Retragerea spre casă, spre existența în casă e de fapt o retragere din inserția activă în lume, e retragerea într-un domeniu ușor de stăpînit (și familiar) și prin aceasta intim domeniu pașnic. Desigur, această filie spre casa cămin se poate desfășura pe diverse planuri și în diverse moduri; de la o simplă trăsătură caracterială - imprimată prin educație, tradiții, pe un anumit fond temperamental - și pînă la forme monstroase quasi-psihotice sau psihopatice, cum e de ex. următorul caz descris de Courbon (1924)(62).

8) Un individ rămâne clausturat în camera sa 13 ani !!!, neprimind pe nimeni și discutând doar prin ușă cu mama sa (care-i dădea cu aceasta ocazie mâncare și ziare). După moartea mamei este transportat din camera sa infiorător de murdară, la spital, unde se constată cu uimire că e perfect abordabil, nu prezintă nici urmă de disociație, turburări psihosenzoriale sau delir și nici fenomene de automatism mental sau ambivalență. Pacientul își explică clausturarea prin timiditate și autorii refuză diagnosticul de schizofrenie explicând totul printr-o abulie monstruoasă la un psihastenic.

În orice caz, filia pentru casă (domofilia) și retragerea în casă sunt fenomene universale valabile pentru orice agorafobic (și am spune chiar pentru orice fobic nuclear) fapt care pentru noi rezultă clar din întreg materialul pe care l-am studiat. Unul din pacienții noștri care, în ciuda unei bogate simptomatologii de tip agorafobic și-a continuat mult timp activitatea (încercând să se stăpânească, să se dirijeze, să țină în frâu crizele de angoasă ce-l cuprindeau în tramvai sau pe stradă) ne spunea că acasă se simte de 10 ori mai bine decât atunci când e plecat de acasă.

Retragerea în casă și în cameră e desigur și o caracteristică a depresivului dar la acesta, chiar în spațiul propriei camere, persistă bradipsihia și dezinteresul față de existență cu "paloarea lumii" și a trăirilor datorită unei anumite depersonalizări cu devvalorizarea lumii (Gebsttal)(63). La fobic, însă, de obicei în spațiul securizant al casei proprii se păstrează interesele vitale, vivacitatea și capacitatea de desfășurare activă, atîta doar că acestea au nevoie de un gir de asigurare formulat și delimitat în lumea ca spațiu cunoscută și stăpînită. Rezerva de a se desfășura în lume, de ex. de a merge în lume, pe stradă în aglomerații nu poate fi strict tematică cum postulează psihanaliza (apărare împotriva tentației de aventuri sexuale, de exhibiționism etc.) (64). Fenomenul se referă la întreaga dimensiune a personalității care trăește o dificultate de a se desfășura în "spațiul agoric" (preferînd spațiul casei) și nu doar la un punct motivațional.

Claustrarea în casă a fobicului trebuie pusă în legătură cu o turburare de un anumit fel a existenței desfășurate în lume a perso

nei prin act și activitate (a persoanei actante) care, indiferent de nivelul perturbării motivaționale, crează un baraj pe calea acestei desfășurări active. Acest baraj delimitează un teritoriu (de variabile dimensiuni și configurații) în raport cu care, în interior existența activă și degajată e posibilă, dar dincolo de care ea nu poate trece în mod natural; individul rămîne crispat în fața barajului, cu actul montat dar neputîndu-se desfășura (și cu imaginarul de asemenea, în alertă). Limitele casei proprii sunt deoseori la fobic astfel de zone marginale - de baraj -. Plecarea de acasă este foarte dificilă, rău<sup>1</sup> angoasant e cu atît mai mare cu cît se depărtează mai mult de acasă. Unele cazuri - din cele studiate de noi prezentînd o structură caracterială de tip fobic - făceau crize de angoasă cînd erau foarte departe de casă (în altă localitate, în locuri străine) cu atît mai frecvent sau intens cu cît erau mai departe (de ex. în străinătate) pentru a face foarte rar în orașul propriu și a se simți excelent acasă.

Janet formula într-o lucrare de sinteză (65) a sa că "orice fobie, de orice fel, e o fobie de act (mai precis de situație, adică de acțiune în anumite circumstanțe); fobia de un obiect privește acest obiect ca un simbol al unui act profesional - spunea Janet - obiectul ce determină angoasa e mai ales un obiect ce intervine într-o acțiune ce trebuie executată; obiectul e o ocazie, la fel ca și contactul, esențial e actul". Aceste concluzii ale marelui psiholog care s-a ocupat o viață întreagă și de fobii cîștigă în profunzime dacă "traducem" perspectiva sa comportamentalistă; adică dacă - așa cum formula Minkowski - am spune în loc de "totul se reduce la act, totul se traduce prin act". În acest sens actul nu e ceva la care existența umană poate fi redusă ci el traduce existența umană și în acest sens actul isvorăște de undeva, ia naștere din persoana umană și domeniul său. Actul se poate bloca ca intenție și atunci el rămîne claustrat în corpul organismic al persoanei și acesta e cazul abuliei ca cea mai gravă formă de retragere din

lume a fobicului (pacienta 7); dar abulia fobicului nu înseamnă lipsă de intenții (ca la depresiv) ci lipsa posibilității de demaraj. Intr-o altă formulă, actul se poate desfășura doar într-un mediu asigurat și stăpînit (ca avere, cunoaștere și continuum delimitat) cum e de ex. casa proprie, dincolo de acest domeniu realizîndu-se mult mai dificil sau chiar prăbușindu-se întreg ancorajul, întreaga arie de angajare (și priză) activă a individului asupra lumii cu dispariția lumii ca spațiu al acțiunii posibile - și drept consecință, angoasă și leșin.

Înainte de a urmări cum trăește fobicul lumea în situația în care e departe de spațiul securizant, să mai urmărim un aspect legat de înrădăcinarea fobicului în casă și de modalitatea în care el trăește și realizează actul. Mai precis vom aborda:

b) Problema ordinii, curățeniei și completitudinii.

La toți fobicii urmăriți de noi, fie că era vorba dear de forme caracteriale ușor decompensate fie de forme grave, am întîlnit invariabil o tendință marcată la ordine și curățenie a preajmei în special a casei proprii. A ține curățenie în casă proprie e la fel ca domo-filia, un instinct. Animalele sălbatice își țin în curățenie, cuibul și bîrlogul, dejecțiile nu *d*impurifică. Aici e vorba de exagerarea acestei trăsături normale. Această problemă poate fi abordată pentru analiză din două perspective. Una e cea simbolică și în această direcție a excelat psihanaliza și analiza existențială. Tendința spre curățenie, de la curățenia excesivă a camerei și pînă la repetata spălare pe mîini ar putea fi înțeleasă (cauzal sau comprehensibil) ca o "reacție" față de tendința primară spre murdărie a "caracterului anal"(66)(deci formațiune reacțională în limbaj psihanalitic) sau ca reacție transpusă în planul realului pragmatic, față de "murdăria morală", față de o conștiință morală încărcată (spălarea mîinilor la Lady Machbeth) - sau față de o tendință generală a psihismului spre murdărie,

putreziciune, descompunere" (Gebattel)(67). Dar toate aceste interpretări axate pe un determinism (cauzal sau comprehensibil) și care între altele fie spus se aplică în primul rând obsesivului -nu pot eși din dimensiunea tematicului; mai precis ele pot conveni explicării tendinței spre curățenie dar mai puțin sau de loc tendinței spre ordine. Curățenia se referă la o calitate, ordinea și ordonarea la un fel de a fi a preajmei sau lumii, pe care le vizează ca realități desfășurate spațial. Pentru cazul fobicului în special în primul rând întâlnim o frapantă tendință de asigurare a unei ordini perfecte a preajmei sale (în speță a casei). E vorba de faptul de caracteriologie (și limitrof psihopatologiei) a indivizilor care se simt liniștiți dacă nu sunt toate la locul lor. Această pedanterie se conjugă în astfel de cazuri cu tendința la curățenie dar semnificația ei e alta; nu mai poate fi vorba de o desfășurare înrădăcinată într-o motivație care își trage o sevă dintr-un simbolism ci dintr-o motivație de asigurare. Preajma astfel ordonată încît toate elementele ei să fie un știut cert pentru individ e liniștitoare fiind un câmp al acțiunii luat în stăpînire în raport cu o preajmă aranjată aleator.

Acest minus de spontaneitate pe care-l condiționează necesitatea unui ordonări cunoscute a lumii are mături variate și nu e caracteristică numai fobicului. În discuție intră în primul rând obsesivul, cu al său caracter anancast. Dar la acesta din urmă fenomenul ține de rigiditatea de ansamblu a persoanei și ordonarea se extinde la întreg ansamblul lumii: toate trebuie să fie la locul și la rangul lor - spune anancastul - și asta mai puțin în domeniul casei (unde poate domni și dezordinea, anancastul neavînd o filie deosebită pentru casă ci uneori chiar un dezinteres, tratînd casa la fel ca orice loc al lumii), cît mai ales în domeniul lumii sociale, a pozițiilor, raporturilor și ritualurilor lumii sociale. Fobicul dimpotrivă, își limitează pretențiile de ordonare la teritoriul care trebuie să fie pentru el un teritoriu securizant, reținîn-

du-se de a pretinde ordine în restul lumii care și așa e pentru el îngoasantă. În schimb, în micul său domeniu ordonat, "la el acasă", orice imixtiune a altuia e greu suportată deoarece perturbă propria ordine securizantă; și am întâlnit nu puțini fobici (persoane anormale de tip fobic) care s-au decompensat nevrotic dacă au trebuit să împartă camera cu o nouă persoană sau dacă vizitatori sau instalat prea insistent în lumea propriei case, perturbând-o.

Alături de tendința, tradusă în modalități pragmatice la curățenie și ordonare știută a preajmei securizante, întâlnim la fobic și o tendință la completitudine în act: un act început e de obicei dus la capăt, terminat. Această modalitate (a conștiințiozității și scrupulozității în act) e diferită de modalitatea psihastenică de a începe multe lucruri deodată fără a le termina, dar e descrisă de asemenea, la caracterul ancasat, neobsesiv. O analiză clinică și caracteriologică poate distinge câteva variante ale acestei trăsături și anume (68).

- Omul aderent de act care, pe lângă că tot ce începe termină neangajându-se pe parcurs în alte acțiuni, nu poate sta niciodată fără a fi în stare de activitate fără a face nimic; omul aderent de act pentru care a nu activa înseamnă aneantizare și care în asemenea situații face "reacții de detindere" (entlastungsreaktion) colorate anxios, depresiv, neurastenoid sau fobic.

- O altă eventualitate este a ordonatului meticulos care termină orice act început dar care nu numai că este aderent de muncă ci este și un expansiv, după terminare fiecărui act angrenându-se în activități din ce în ce mai intense, ample și complicate, deci ajungând la o auto-suprasolicitare. Astfel ajunge în impasuri și dezvoltări nevrotice anxioase, neurastenoide, fobice, depresive și obsesive.

- În sfârșit o altă eventualitate e cea a ordonatului meticulos (deseori crispat) dar care nu se lansează în activitate. Acest tip, care se întâlnește cu predominanță la fobicul nuclear (pur)

termină totdeauna lucrurile începute dar la fel de bine poate sta fără a face nimic practic fără ca aceasta să-l jeneze, deoarece, crisparea sa în fața lumii îi deslănțuie imaginarul (din care se poate hrăni) și care e absent în celelalte modalități. Astfel, fiind un ordonat corect și meticulos în ceea ce face, fobicul e și un potențial abulic, ținut în betragere de noeticul angoasant al lumii.

c) Fobicul și trăirea lumii în "spațiul străzii".

În psihopatologie, fobicul a fost de obicei descris prin simptomele sale pozitive, prin fobiile lui, fiind de obicei ignorat fondul pe care se instituie și se detașează figurile simptomelor și care desigur, nu poate fi ignorat de o abordare psihopatologică largă. Această lacună am încercat să o completăm prin analiza de până aici, a tendinței de înrădăcinare în casă și într-un teritoriu asigurat, stăpinit, ordonat și cunoscut a fobicului, ca o contrapondere față de simptomatologia ce se desfășoară în afara acestui teritoriu. Pacienta pe care am descris-o la începutul acestui capitol prefera să stea în propria casă pe care a ordona grijuliu (și în care s-a și claustrat 6 luni) iar în afara casei se simțea în nesiguranță, parcă "călca în gol"; iar cel mai dificil moment era plecarea de acasă. Aproximativ la fel se petreceau lucrurile cu următoarea pacientă menționată (7), cu deosebirea că prima ținea foarte mult ca răul ce o cuprinde să nu fie observat de nimeni pe când cealaltă nu se sfia să ceară ajutor chiar de la un copil. Ambele trăiau însă în spațiul străzii un rău echivalent cu o "despațializare" fizică, cu abolirea punctelor de referință și sprijin care să impună preajma ca un câmp al acțiunii posibile; e vorba de trăirea unei despațializări globale care se realizează în cadrul unei situații, mai precis situația de a fi în mijlocul unei străzi populate, deci într-un echivalent de "spațiu agoric". Agorafobia a fost descrisă inițial ca o stare de rău (trăită și exprimată în contextul unei despațializări) care cuprinde pe un individ când încearcă

să străbată o piață largă goală. Dar, urmărind un număr mai mare de pacienți, se poate constata că aceasta este o situație specială, un caz particular, decantat din ansamblul stărilor de rău (cu simptome reactive față de trăirea unei despațializări) care-l cuprinde pe pacient pur și simplu în spațiul străzii, mai mult sau mai puțin aglomerate. Pentru multe cazuri, aceste trăiri nu sunt legate de un loc anume, de o piață largă sau o stradă îngustă, de trecerea străzii sau de înălțime, ci pur și simplu de situația de a fi pe stradă, în lume, departe de casă, plecat din securitatea ei (executînd actele cutumiere ale omului pe stradă).

Simptomul cel mai banal (și mai bazal) al acestor cazuri, este, pe fondul unei stări de neliniște, de anxietate, apărute pe stradă, o anumită nesiguranță pe care individul o resimte în picioare, descrisă uneori plastic de pacienți ca o sîcăială, neliniște în picioare și apoi, un sentiment de parcă plutește, cu dificultatea de a-și fixa privirea pe obiectele din jur.

În modalitatea acută, emoția de spaimă realizează de fapt o hipotonie generalizată resimțită acut în membrele inferioare (care sunt principalul instrument de deplasare și acoperire a preajmei ca spațiu, pentru apărare sau pentru atac); "mi s-au tăiat picioarele de spaimă" se spune în mod popular. Leșinul din spaimă are, desigur și un mecanism vascular de hipoxie cerebrală în urma stresului dar în mod cert și un mecanism de inhibare și scoatere din uz a corpului, capabil prin montare activă să circumscrie și să formuleze spațiul; mecanismele vizuale, proprioceptive și labirintice intervin în această cădere care echivalează cu o "cădere în gol". Când nu e vorba de fenomenul acut, problema e desigur mai complicată dar se realizează (la agorafobic) desigur după același mecanism. Neliniștea în picioare, sentimentul lipsei de repere, sentimentul de plutire, de călcare în gol, în aer, ca și cum în jur nu ar fi nimic, dificultatea de a prinde în privire obiectele preajmei, echivalează cu o anihilare a spațiului (a lumii ca spațiu), prin "des-ancorarea" în

dividului din preajma respectivă.

Dar dacă raportarea la preajmă (care se realizează în primul rând prin privire) rămâne totuși posibilă într-un anumit grad? Dacă situația de a fi în spațiul străzii nu realizează o "demundanizare" completă și obiectele preajmei rămân într-un anumit contact cu individul conștient? Două situații mai particulare pot apare și anume: regresivitatea spațiului trăit la un nivel neeuclidian metric cu năpustirea obiectelor spre individ și regresivitatea spațiului trăit la un nivel topologic cu agorafobia în sens restrâns.

9) Un pacient de 29 ani care crește într-o familie cu o mamă bolnavicioasă (și pare-se și psihastenică). De mic copil e mai nervos. La 16 ani începe să simtă că "este un om slab" care nu suportă efortul, mereu are palpitații. Face sport, gimnastică, cu intenția expresă de a se fortifica și intradevăr se simte destul de bine somatic și psihic până la terminarea facultății. Totuși, de la 21 ani îl jenează destul de mult palpitațiile care-l cuprind pe stradă; are impresia că i se oprește inima, anxietate pronunțată, își controlează pulsul și constată că e tahicardic, transpirații abundente. Alteori, mergând pe stradă are senzația unui "vîjîit fierbinte în picioare" (!) sau că "gambele îl enervează". La 25 ani apar pe stradă crize de angoasă tot mai frecvente și supărătoare iar la 26 ani observă că, nu mai poate ieși pe stradă decît cu mari precauții, dar observă că se poate deplasa fără nici-o dificultate cu bicicleta. După un an, și pe bicicletă, în locurile asfaltate și largi simte o panică cumplită, strînge ghidonul și deseori trebuie să se oprească pentru că astfel se simte atras ca de un magnet de vehiculele ce vin în sens contrar. Astfel e silit să meargă pe jos, pe lîngă bicicletă, internat într-un serviciu de psihiatrie cu dg. NEVROZA ASTENICA (!!), după un tratament se simte ceva mai bine dar pentru scurt timp, ulterior neputînd ieși pe stradă decît însoțit de bicicletă sau de soție. Face tratamente repetate și se instalează un fel de periodicitate între bine și rău. Cel mai des, pornitul pe stradă e destul de ușor dar, după cîtiva pași piciorul devine foarte greu, începe să vîjîie(!) și pacientul intră în panică. Uneori, în plină stradă, în panică fuge la un telefon și-și cheamă soția care sosește în mare grabă cu un taxi și împreună merg mai departe. Seara, cînd se lasă întunericul, trebuie să fie neapărat cineva alături.

La 33 ani simptomele persistă (deși a făcut nenumărate cure de tratament în cele mai variate locuri) pacientul continuîndu-și însă munca de inginer, în care e apreciat.

Si la pacientul de mai sus regăsim celebra "neliniște-nesigurantă" din picioare, descrisă foarte plastic, apoi răul ce-l invadează la îndepărtarea de casă, după ce s-a aventurat pe stradă. Apar însă două aspecte noi: în primul rând ameliorarea la utilizarea bicicletei deci la utilizarea unui instrument de deplasare altul decît propriul corp; și în al doilea rând trăirea faptului că, deplasîndu-se, se simte atras de vehiculele ce vin din sens contrar.

Primul fenomen are multe fațete. Deplasarea cu bicicleta se realizează prin niște mișcări stereotipe de pedalare care pretind un efort mai mic (în ergii și complexitate) decât mersul pe jos. În plus, mersul pe bicicletă dă o altă valoare spațiului, parcurgerea făcându-se rapid și deplasarea producându-se și în momente de inactivitate a individului (prin inerție); el nu se mai poate opri pe loc și trăiește golul, vidul din jurul său, angoasant ca o cădere prin lipsă de sprijin. Remarcăm cu această ocazie încă un fapt pe care l-am observat la toți agorafobicii studiați, și anume: toți preferă să se deplaseze cu mașina. Atât mersul pe jos cât și deplasarea cu mijloace de transport în comun este dificil suportată pe când mașina reprezintă un fel de corp-casă care se deplasează singur și e preferat de fobici (bineînțeles cu condiția de a fi condus de către altcineva).

Al doilea fapt remarcat la cazul prezentat mai sus este alterarea spațiului trăit care își pierde - în anumite circumstanțe - calitățile euclidian-metrică reducându-se la un simplu spațiu topologic (reamintim că și structural și în dezvoltarea ontogenetică, spațiul topologic e cel mai fundamental pe când spațiul euclidian-metric e o modalitate diferențiată a spațiului pe care individul și-o însușește mai tardiv). La pacientul nostru, și deseori la agorafobic, se pierde - în spațiul străzii - capacitatea de a aprecia distanțele, mai ales privitor, la obiectele mobile. Dat fiind că trăirea spațiului e redusă la o modalitate topologică, obiectele percepute nu-și mai au loc la o distanță măsurabilă ci ele, tind să adere de individ; se șterg (din percepție) coordonatele de plasare și evaluare a distanței obiectelor în spațiu; ele devin obiecte ce tind să adere la individ (în cazul de față, vehiculele ce le vede venind în direcția sa le resimte perceptiv ca venind direct spre el, spre o coliziune). Această dificultate a aprecierii, evaluării distanței de către subiect a unui obiect în mișcarea spre el, o întâlnim și în normalitate; de ex. în cazul țăranilor veniți la oraș

pentru prima dată care trec în panică strada pe care circulă vehicule sau în situația limită a emoției, pe front de ex. când soldatu din tranșee are sentimentul perceptiv cert că bomba va cădea exact pe tranșeea lui pe care o părăsește în stare de groază. În aceste din urmă cazuri e vorba de "situații noi" în care nu există o experiență anterioară a evaluării lumii percepute ca spațiu al acțiunii posibile. În cazul prezentat de noi era vorba însă de un aspect psihopatologic ce devenise structural. Vom prezenta acum un alt caz de distorsionare monstruoasă a spațiului trăit, cu o cădere a sa la cel mai jos nivel posibil:

10) E vorba de un tânăr supradotat, sensibil la frumos și sociabil, cald, prietenos, natural, degajat, care, în ultimul an de liceu suferă o operație neurochirurgicală pentru un gliom tempo-occipital stîng. (O excizie masivă temporo-parieto-occipitală, justificată de altfel prin faptul că 7 ani, pînă la moarte, nu recidivează). După operație își susține bacalaureatul dar eșuează la facultate și urmează o existență în mijlocul familiei, monotona și de-a lungul căreia pacientul trăește o foarte lentă, avea vizibilă degradare intelectuală (care nici în momentul morții nu e marcată).

În schimb, se instalează destul de brusc, aproape experimental, o permanentă și intensă autospecție; în permanență vizorul cîmpului său de conștiință e ocupat cu propria sa persoană, în atenția urmăririi semnelor eventuale ale agravării bolii sale. Nu trăește conștiința de a fi bolnav ci întreaga lui existență se angajează prevalent într-o teribilă luptă împotriva progresului unei boli pe care nu știe de unde să o apuce. Crizele de epilepsie ce apar îl înspăimîntă, le așteaptă anxios, uneori pe un fundal de groază, căci epilepsia realizează evident pentru el boala de care se ferea. Devine obsedat de ideea progresului bolii. Hiperobservația îl transformă într-un ruminativ ce analizează atent întreaga corporalitate și verifică mereu dacă nu a progresat cumva boala.

Pe acest fundal, la 3 ani după operație apare o trăire cu totul particulară și anume: în situațiile în care esea din ambianță familiară, cînd se afla în locuri noi sau necunoscute, des (dar nu constant) apare următorul fenomen: un lucru asupra căruia își fixa privirea devenea brusc un obiect care amenința să fie înghițit de către el fără nici-o calitate alimentară, fără limite de volum, substanță, distanță, totul într-o stare de conștiință lucidă, conștient de absurditatea fenomenului, dar nu se putea sustrage panicii terifiante ce o trăia. Un pom de pe stradă, o casă, o trăsură cu cai un monument, un tramvai, tot ce nu era om putea deveni în acele momente obiect de apetit ce se precipita spre gura terifiatului flămînzilă. Pacientul îngrozit întorcea capul, închidea ochii sau mai des, pleca precipitat; dar dacă trecea pe lîngă obiectul cu pricina (sau acesta trecea pe lîngă el) imediat trăia spaima terifiantă dacă nu cumva l-a înghițit și se întoarce de repetate ori pentru a se convinge dacă obiectul e încă prezent în lume. Toate acestea pacientul le numea "jocuri de-a culmea"!

În cazul de mai sus, existența leziunii cerebrale și a cicatricii ce include zona occipito-parietală ar putea eventual

explica parțial simptomatologia (prin eventuala implicare a zonelor corticale în care e reprezentată schema corporală). Dar și o analiză psihopatologică o poate face în paralel (sau în completare). În primul rând pacientul trăește o stare de frică și orice stare de frică implică eul-corporal care, aflat în pericol vital e în alertă și organizează preajma în raport cu pericolul ce se conturează; avem o "crispare" a corporalității pe preajmă, preajmă pe care o prospectează pentru a ~~dece~~ ~~la~~ schimbările semnificative și posibilitățile de acțiune. Pacientul de mai sus e în situația specială că cele două modalități care permit asigurarea și evitarea elementului de temut (adică fixarea în timp la termen precis și fixarea precisă în spațiu), nu funcționează nici ele. Răul de care se teme - în speță criza epileptică, ca un simbol a unei eventuale evolutivități a bolii sale - vine sigur dar nu la termen fix și izbucnește din interior, din spațiul propriului corp. Astfel, preajma modificată emoțional și câmpul de prospecție se chircește, la pacientul nostru, pe propria-i corporalitate. Iar realitatea exterioară, structurată în câmp de acțiune posibilă, se devalorizează, se distorsionează, interesul pentru act și lume se pierd și atunci se atrofiază și instrumentalitatea care face posibilă acest act. Se ajunge astfel la această cădere a spațiului trăit la un nivel topologic-oral, cel mai primitiv spațiu pe care ontogeneza îl cunoaște.

În ultimul caz descris era prezentă și o leziune neurologică parieto-occipitală. Merită deci să ne amintim de contribuția neuro-psihopatologilor la problemă, de paralizia privirii a lui Balint (Pötzl), de sintezele lui Lhermitte și de studiul lui Janeraud. Un pacient care prezintă o paralizie a privirii Balint va putea fi în contact (evident vizual) doar cu un obiect (care se prezintă în câmpul macular) iar restul lumii se "de-spațializează" el neputînd dec. "plasa obiectul în spațiu". Dar cu această ocazie trebuie să reamintim și ontogeneza construcției reprezentării lumii ca spațiu; la început în primii ani de viață e perceput doar obiectul (lucrul) copilul ne-

fiind rapabil (în faza topologică a dezvoltării spațiului perceptiv) să plaseze acest obiect într-un context, într-o raportare la alte obiecte. Si doar mult mai târziu el poate percepe un obiect într-o lume ce apare structurată ca un spațiu euclidian (tridimensional și metric). Reducerea lumii la un obiect perceput (fără distanțe, deci ca o proximitate) fapt care se realizează de multe ori - mai mult sau mai puțin pur - la fobic, este desigur un fenomen regresiv. El poate explica în unele circumstanțe - atunci cînd individul se orientează activ, cu intenții pragmatice spre obiectul respectiv - o trăire a spatelui descoperit (o despațializare trăită de pacient ca o vulnerabilizare a spatelui pe unde poate fi la discreția altuia (cazul -5). Iar în alte circumstanțe, atunci cînd individul trăește pasiv întîlnirea cu un obiect, el poate resimți agresiunea acestuia "din față", năpustirea obiectului asupra sa cu dispariția oricărei metrici și chiar cu violare corporală (orală), ca în ultimele două cazuri.<sup>x)</sup>

Claustrofobia nu diferă mult de astfel de situații. Indiferent dacă ea apare ca insuportabilitatea unei străzi înguste sau a unei camere închise (și indiferent de motivația anecdotică care a putut duce la aceasta) esențial e faptul că individul, pasiv în fața lumii, nu o mai poate trăi (în protoconștiința) ca un un câmp al acțiunii posibile și prin aceasta lumea ca spațiu se degradează, decade de la nivelul uzual euclidiano-metric. Totul e angoasant-sufocant pentru că pereții sau casele se prăbușesc peste pacient. Situația e desigur puțin deosebită de cea în care un singur obiect mobil

x) În celebra lucrare a lui Merleau-Ponty: "La phenomenologie de la perception" întîlnim următorul pasaj, citat de aproape toți psihopatologii moderni, atunci cînd se poartă o discuție despre halucinații: "Ceea ce realizează halucinația, la fel ca și mitul, este îngustarea, tasarea spațiului trăit, înrădăcinarea lucrurilor în corp, vertiginosă proximitate a obiectelor, o anumită solidaritate a omului cu lumea, care este nu numai abolită ci refulată de către percepția obișnuită sau de către gîndirea obiectivă". Aceste afirmații pot susține-credem noi - foarte la obiect și în legătură cu fobicul.

.. // ..

se precipită spre individ ignorând metrica; în claustrofobie centrarea pe un obiect nu mai e posibilă și atunci întreaga preajmă (și nu numai ceea ce vine din față sau din spate) se zidește în jurul pacientului ca un zid al lui Manole. Și pentru astfel de trăiri nu e necesară neapărat camera închisă sau strada îngustă, acestea fiind doar formele tip, standardizate, ale lumii ca spațiu ce o pot determina. Un pacient studiat de noi, într-un moment emotiv, într-o stare de disperare, aflându-se la țară pleacă de-acasă deoarece "parcă pereții se năruiau pe el"; dar ajuns pe câmp tot nu se poate liniști deoarece "parcă cerul cade pe el și la fel pădurea se răstoarnă peste el". Totul nu e o exprimare metaforică ci o trăire nemijlocită, pacientul liniștindu-se doar printr-un contact interuman calmant. Dar deși în claustrofobie trăirile se raportează totdeauna nemijlocit la spațiul fizic al preajmei, implicația motivațională e întotdeauna de domeniul relațiilor interumane (cu excepția leziunilor neurologice patente). Deci tot "spațiul agoric" e cel ce se modifică în cele din urmă, căci insuportabilitatea aglomerației poate fi asimilată aceleași game fobice ca și claustrofobia fizică.

O situație puțin deosebită o întâlnim atunci când - la fel ca în claustrofobie - lipsește centrarea pe un obiect al preajmei în situația disoluției spațiului euclidian, dar ansamblul preajmei nu se transformă el însuși într-un obiect unic ce se năpustește asupra pacientului din toate direcțiile, ci dimpotrivă, se îndepărtează, se topește, dispare și el. Aceasta e situația agorafobiei clasice ("Platzschwindel" la germanii secolului trecut). Individul parcă trăește o cădere în gol (în orice caz o criză de angoasă) cu nevoia de a se sprijini de ceva, de un individ (chiar un copil) sau chiar un obiect. Fenomenul nu se întâmplă numai "în piețe mari și largi" cum susțineau vechii autori. La paciența prezentată la începutul capitolului (6) el se producea oriunde pe stradă unde era

lume și dimpotrivă, când străzile era pustii, putea traversa mai ușor chiar piețe largi. Esențial nu e atât morfologia locului cât situația unei despațializării, a unei căderi a nivelului spațiului trăit (de la formula sa euclidian metrică) cu incapacitatea pacientului de a-și fixa privirea pe obiectele din jur (și prin aceasta de a obține un referențial spațial pentru psihism) și cu "depărta-rea" preajmei pînă la topire, pînă la dispariție. Structura motivațională ce duce aici poate fi variată dar evident, în aceste situații, pacientul trăește mai puțin sentimentul sufocării decît ~~cel~~ al ~~(30)~~ căderii în gol. În acest sens, observația mai veche a lui Wallon e desigur adevărată. Si la agorafobic (în sens restrîns) avem o cădere la un nivel topologic a spațiului trăit și acest fapt devi-ne pregnant vizibil (și doar atât) în cazul parcurgerii de către pacienți a piețelor largi goale. În acest caz pacientul are nevoie de "ceva" care să-l însoțească (fie om, fie obiect mișcător, ca de ex. un cărucior) proximitatea unui alt lucru dînd o anumită realitate spațiului care altfel s-ar aneantiza complet (Deci la nivel topologic spațiul există doar prin obiecte, între obiecte e vid. (în același sens, o soluție pentru agorafobic este de a ocoli piața, mergînd deci pe lîngă case și avînd astfel certitudinea spațiului). Din cele discutate pînă aici, am reține următoarele eventualități privind însăilarea dintre psihopatologia fricii și psihopatologia spațiului trăit.

1) Nesiguranța individului aflat dincolo de spațiul securizant (al casei) și exprimată în semne minore de emoție-panică în fața raportării actante la lume; semne minore de "nestăpînire a lumii ca spațiu" de despațializare: "neliniștea și nesiguranța în picioa-re" conduita de asigurare, crize de angoasă posibile.

2) Despațializarea trăită pasiv de pacient, cu disoluția spațiului trăit, de la modalitatea euclidian metrică pînă la modalitatea topologică, dar însoțită și de o dediferențiere a lumii trăite

(ca o textură de obiecte semnificate). La acest nivel întâlnim fie trăirea claustro-fobiei - cu transformarea întregii preajme într-un obiect unic ce se năpustește asupra pacientului, fie agorafobia (în sens restrâns) când preajma se îndepărtează la infinit, sau altfel spus "se topește". Pacientul trăește căderea în gol și nevoia unui punct de sprijin.

3) În condițiile unei trăiri distorsionate a spațiului, lumea e prezentă ca fiind formată din obiecte distincte și semnificate care, însă sunt trăite de pacient ca un pericol, datorită accesibilității subiectului pentru ele, datorită faptului că acestea pot ajunge nestingherite pînă la el. E vorba fie de obiecte ce se precipită spre individ (vulnerabilizare din față), de obicei într-o lume animată, fie de o vulnerabilizare "în spate" pentru un agresor posibil, care cel mai des e presupus a fi uman.

4) În sfîrșit, prezența individului într-o lume resimțită ca fiind formată din obiecte, semnificate, plasate într-o tramă spațială, anumite obiecte fiind însă "fobogene" pentru el. Iar aceste obiecte pot fi evitate sau în fața lor individul se poate asigura.<sup>x)</sup>

x) Într-o clasică analiză (69) a fobiei, Gebsttal distinge următoarele modalități psihopatologice ale fobiei (pe care o denumește fobie psihastenică).

1) Amețeala și leșinul la privire. "A privi" și "a vedea" sunt lucruri distincte, privirea fiind momentul stenic care poate "prinde lucrul în ochi" sau "îl poate lăsa pentru sine în pace" (deci cam la fel cum spunea Lhermitte). Fobicul poate trăi o slăbiciune a privirii: poate avea o trăire adinamică față de vizibil în care nu poate privi, întâlnirea cu lumea (prin privire) să-i fie dificilă, să-i provoace amețeală și de aceea să se teamă de ea (Gebsttal nu analizează faptul că "privirea" prin care omul "vede" lumea e spațio-genetică, așa cum o face Janeraud comentînd sindromul Balint).

2) Slăbiciunea orientării spre acțiune, amețeala ce-l cuprinde pe pacient în fața acțiunii ce urmează să o întreprindă, precum și amețeala (și frica) în fața priveliștii mișcării sau în fața schimbării obiectului.

3) Trăirea adinamică a spațiului larg, cu leșin. Depărtarea are ceva înfricoșător în ea, din ea vine "ceva"; și în același timp e o imagine a autodepășirii soartei.

4) Leșinul la lumină (ce ar ține de funcția simbolică a luminii). După cum se vede, modalitățile descrise de Gebsttal se bazează pe postularea adinamiei, "psihasteniei" fobicului și a vulnerabilității sale la lumea ca semnificații. Se ocolește însă analiza raportării la lume ca spațiu, perspectivă din care urmărim noi fobia.

Ultima eventualitate este cea în care e considerată în mod uzual fobia și despre ea vom vorbi îndată. Vrem să atragem atenția că disoluția spațiului trăit la fobicul care, plecând din locul înrădăcinării asigurate se aventurează în spațiul agoric, e o condiție de posibilitate de prim ordin a actualizării fobiei ca angoasă. Mare parte din simptomele fobicului se exprimă în cadrul acestor modalități (în variate combinații, succesiuni și intensități). Eventualitățile enumerate mai sus se polarizau între fobia de situații (mai precis fobia generală de situația de a fi în spațiul agoric) și fobia de obiecte determinate. Dar însăși fobia de obiecte determinate nu e de înțeles și comentat în afara acestui context al psihopatologiei spațiului trăit.

#### d. Fobia de obiecte

Departe de casă, pe stradă, în "spațiul agoric" fobicul întâlnește obiecte și persoane. După cum am văzut pînă aici, mare parte din fobii se desfășoară fără luare în considerare a acestor obiecte, fără ca ele prin semnificația lor, să determine o atitudine fobică și o declanșare angoasantă. Totuși această modalitate există, și ea a stat la baza individualizării (de către Freud pentru prima dată) a nevrozei fobice ca o nevroză independentă. Un individ poate avea o frică nemotivată de anumite obiecte (cuțit, stilou), animale (cal, cîine, șoarece, paianjen) elemente de peisaj (fîntînă, pod) etc. Psihanaliza postulează în astfel de cazuri, o proiecție în exterior,

x) Trebuie să menționăm un fapt pe care pînă aici l-am omis. În normalitate omul trăiește, din punct de vedere spațial, nu numai "locul" său caracterizat prin înrădăcinarea și limitarea sa în schemă corporală, corp epidermic, casă, existență duală etc. ci și spațiul lumii care nu e omogen ci structurat. Desigur, situația limită a acestui spațiu e trăirea continuului; dar structurarea sa se face nu numai în funcție de elemente spațiale (perspectivă motrică) ci și în funcție de obiectele lumii aflate într-o interrelație între ele și raportate semnificativ la pacient. Si astfel lumea e "populată" cu locuri privilegiate (în afară de cel al casei) cu traecte anumite, cu încărcături afective etc.

.. // ..

pe un obiect al anturajului - prin deplasare și simbolizare - a unui conflict intrapsihic trăit ca periculos dar refulat. Desigur, pentru unele cazuri, o astfel de explicație pare plauzibilă. Dar trebuiesc introduse următoarele rezerve:

1) Pe un lot mare de nevrotici (în cazul acesta fobici), explicația psihanalitică poate funcționa direct doar la un număr minim de cazuri și dedusă la un alt grup (și el restrâns). Dar există evident cazuri la care ea nu poate funcționa decât printr-o brutală extrapolare, printr-o generalizare care nu se justifică prin nimic. Aceasta pretinde evident îmbogățirea analizei psihopatologice cu alte argumente.

2) Intotdeauna o explicație motivațională de ordin mai general funcționează mai plauzibil decât una particulară (în speță una particular erotică). În acest sens putem menționa opiniile lui Arietti (70). Mai precis, referindu-se în mod expres la fobii, autorul e de părere că ar fi vorba mai mult de o "concretizare" decât de o "deplasare" (cum susține psihanaliza ortodoxă). Ceea ce se întâmplă în fobie ar fi doar exprimarea unui principiu mai general al psihopatologiei: ceea ce la un nivel înalt, spiritual, nu poate fi trăit (susținut) pentru că provoacă o prea mare anxietate, este concretizat. Tptuși, Arietti rămâne la concepția unei teme anxiogene generale ce se concretizează în obiecte fobigene.

3) Pentru explicarea "obiectelor fobogene" e foarte plauzibil să postulăm nu o relație strict cauzală (prin proecție și deplasare, sau chiar mai generală, de la tema abstractă la obiectul concret); la fel de bine putem postula o cristalizare a anxietății difuze a individului ce trăește despațializarea pe un obiect care să devină "punct de sprijin mundan", care să permită reinstaurarea

.. // ..

lunii ca spațiu.<sup>x)</sup> Astfel "alegerea" obiectului fobogen poate să aibă o importantă cotă de aleator<sup>xx)</sup> și să fie influențată simțitor de circumstanțele acestui proces sau de densitatea (termenul trebuie luat și în sens valoric, de densitate "în lumea pacientului") obiectelor ce se pot oferi pentru ca pe ele să se cristalizeze anxietatea.

4) Fobia de obiecte - și animale mai ales - e frecventă în copilărie când e aproape un fapt natural. Freud descrie fobia ca fapt psihopatologic analizându-l pe "micul Hans". Fobia de obiecte și animale a copilului s-ar putea explica invocând situația de tensiune în fața noeticului în care el se află. Copilul e într-un contact cu "lumea ca nouitate" mult mai intens, persistent și continuu decât adultul care trăește în mare măsură lumea în forme standardizate. Curiozitatea copilului este cuprinsă în dialectica dezvoltării și conține în însăși inima sa, neliniștea și anxietatea. Copilul poate trăi mult mai ușor decât adultul "adinamia în fața întâlnirii cu lumea, în fața vizibilului" - de care vorbea Gebattel (p. 74) și deci angoasa. Si la fel, datorită cotei ridicate a imaginarului în structura psihismului său, el poate trăi mult mai ușor panica, anxietatea-panică. Toate acestea sunt condiții ce pot duce la "cristalizarea" anxietății trăite de el pe anumite obiecte (ființe) fobogene. Toate aele arătate mai sus nu presupun modalitățile de care vorbește

---

x) Aproximativ în acest sens analizează problema Lopez Ibor (71). După el, în criza de angoasă, referințele reale care leagă Eul cu lucrurile se estompează, realul e năpădit de posibil.. Apărîția unei fobii ( și ulterior a unei obsesii) e o fixare, o referință care permite să se scape de anxietate. Autorul nu discută însă criza de angoasă din perspectiva despațializării. În orice caz, spațiul nu poate fi trăit simbolic; și despațializarea, cu angoasa concomitentă, preținde un simbol mundan ca sprijin.

xx) Leo Salzman într-un articol recent (72), după ce insistă și el asupra faptului că fobia e o tehnică de apărare situațională, arată că obiectul fobic e plasat secundar în raport cu anxietatea (care e primară) și că obiectul fobic poate fi deseori ales accidental; ulterior, simbolizarea și plasarea se pot combina iar întinderea fobiei este determinată fie de contiguitate spațial senzorială fie de o asociere simbolică posibilă.

.. // ..

psihanaliza, decît eventual ca niște modalități particulare.

În legătură cu fobiile copilului mai apare un aspect pe care noi îl considerăm ca deosebit de important. Aceste fobii sînt prin excelență fobii de întuneric, de obiecte și de animale (rareori prin condiționare, de anumite locuri). La copil nu întîlnim decît cu totul indirect agorafobie în sens restrîns sau alte "fobii spațiale"; în orice caz, nu întîlnim fobii în care despațializarea să intervină ca argument principal. Faptul nu e prin nimic misterios și e explicabil prin aceea că la copil nu avem încă dezvoltată trăirea în psihism a lumii ca spațiu și nici trăirea schemei corporale (ca spațiu propriu)... În percepția și reprezentarea lumii obiectele semnificînde sînt primele ce se instaurează în psihismul copilului. Structurarea lumii percepute și reprezentate ca spațiu, e ulterioară și se bazează pe trăirea acestor obiecte semnificînde, ordonate între ele și în raport cu individul. În aceste condiții e natural ca la copil să predomine net fobia de obiecte și ființe.

Fobia de obiecte semnificînde la adult e desigur un proces complex, dar între altele, presupune incontestabil acest regres la un nivel al psihismului în care lumea nu e trăită ca organizată spațial decît foarte lax sau într-o formă în care spațiul (dacă nu e absorbit de semnificația obiectului, de temă) gravitează în jurul acestuia, e organizat de către el.

5) În sfîrșit aspectul motivațional nu contează decît făcînd corp comun cu desfășurarea efectivă a "dramei" trăirii și astfel cu inevitabila intervenție a trăirii lumii ca spațiu, timp și temă. Momentul în care, la adult, fobia apare deja ca organizată tematic, păstrează din modalitățile ce o premerg și care sînt modalități de perturbare spațială, de reducere a spațiului, de la spațiu ca un cîmp de acțiune, la spațiul topologic.

Aceste rezerve odată făcute, vom încheia paragraful de față prin comentarea unui caz:

.. // ..

11) O femeie de 54 ani se prezintă la consultație pentru o suferință ca datează decînd avea 40 ani. În copilărie a fost foarte îngrijită de părinți care țineau la ea ca la ochii din cap. A fost dintotdeauna o fire retrasă, închisă, ce încuia în ea trăirile fără a le descărca. Îi plăcea foarte mult să stea acasă, în casă; nu s-a putut despărți de părinți nici cînd. Nu putea sta nici odată fără să lucreze, îi plăcea ordinea și curățenia, totul în casă era "lună" și cine venea acasă remarcă acest lucru.

Căsătorită la 22 ani se desparte de soț peste 3 ani din motiv că soțul fiind mutat în altă comună, nu nu vrea(nu poate)să plece cu el, de lîngă părinți. Dar mama moare de un cancer și după 7 ani, cînd pacienta avea 39 ani moare și tatăl. Un an a stat singură în casa lor mare, lucru pe care l-a suportat foarte greu (a plîns tot timpul) și apoi, nemai suportînd singurătatea, hotărăște la 40 ani să se recăsătorească ("mai mult din cauza urîtului ce o cuprinsese") cu un vărbat divorțat, blînd, bun, jovial (picnic).

Debutul suferinței se plasează la un an după moartea tatălui, chiar înaintea recăsătoriei sale, în următoarele împrejurări: Merge la piață să cumpere ceapă; o femeie pe care o cunoștea relativ, o întrebă prinzînd-o de braț, cît costă ceapa; în drum spre casă începe să fie obsedată de ideea că "a fost atinsă!" de respectiva femeie, trăind scena și tema respectivă foarte neplăcută, ca o teroare, ca o spaimă, ca o panică. Ajunsă acasă aruncă cumpărătura, se spală pe mîini cu săpun și spirt, apoi spală respectiva rochie dar și un pardesiu pe care aruncase la desbrăcare haina și care deci "fusese atins" și le încuia în dulap; ligheanul în care a făcut operația de spălare e declarat inutilizabil și la fel fîntîna din care s-a scos apa respectivă (căci cîteva picături ar fi putut să cadă înapoi în fîntîna contaminînd-o).

Tema contactului care dă o contaminare malefică se extinde în zilele, lunile și anii următori. Camera cu respectivul dulap e încuiată și devine tabu. Dacă merge în sat și întîlnește gemenii cu pricina, toate hainele care le avea pe ea devin inutilizabile. Soțul nu are voie să cumpere nimic dintr-un magazin în care a intrat și EA și aprovizionarea urmează să se facă de la o cooperativă marginașe sau de la oraș (pacienta acceptă fără verificare afirmarea acestor surse de cumpărături de către soț). Casa întregă e împărțită în obiecte utilizabile și obiecte "contaminate" și deci tabu. Pacienta trăește lucid și dureros toată această desfișurare, pe care o critică ca pe ceva morbid dar față de care nu se poate stăpîni. Pînă în cele din urmă determină soțul să părăsească respectiva comună (zăvorînd casa) și se instalează în altă localitate unde se simte mult mai bine dar unde reapar neplăcerile de îndată ce vine un individ din satul lor și intră la ei în casă și (și mai grav) dă mîna cu ea (chiar cei din satele vecine intră în prohibiție). Internarea se produce în momentul în care soțul, urmînd să iasă la pensie, se pune problema reîntoarcerii la gospodăria lor, gînd terifiant pentru pacienta de 54 ani, la 14 ani de la debut.

Nu e nici un alt simptom psihopatologic.

Si la pacienta de mai sus, problematizarea casei, a dificultății de a părăsi casa familiară și familia, a problematizării ordinii și curățeniei, a activității permanente, sunt prezente ca un fundal. Psihopatologia fobică nu se desfășoară în lumea unei simple distorsiuni a trăirii lumii ca spațiu, ca un cîmp al acțiunii posibile - în dimensiunea actualului sau ab prospectului - ci lumea

ca obiecte plasate într-un spațiu normal perceput e infiltrată de o temă fobică, cu divizarea acestei lumi în zone permise (acțiunii) și zone tabu. Progresiunea a ceea ce e patologic se face tot din aproape în aproape tot topologic dar patologia nu mai vizează însăși acțiunea ci domeniul în care acțiunea se poate desfășura.

Perspectiva motivațională se pretează desigur la interpretări psihanalitice sau existențialiste. Fenomenul aparent incomprehensibil că pacienta se simte "atinsă, contaminată" și prin aceasta impurificată (căci trebuie să spele totul sau să se ferească de tot ce e atins) s-ar "explica" prin faptul că întâmplarea se suprapune cu perioada căsătoriei sale, deci cu faptul că la un an după moartea tatălui (cu care locuise singură în casă 7 ani) a adus o persoană străină, comițând un sacrilegiu, impurificându-se moral (în inconștient) și proiectând exterior acest sentiment de impurificare de care se teme și pe care deci îl refulează inițial. Și după ce pleacă de acasă refuză să se mai întoarcă pentru că spectrul vinovăției o amenință subconștient. Interpretări psihanalitice s-ar putea face și în legătură cu cazul princeps al paragrafului (cazul 6), dar astfel de interpretări nu numai că nu surprind totul dar nu surprind tocmai originalul care e însăși această modalitate de organizare a lumii ca un câmp de desfășurare. Ceea ce reținem însă e faptul că o semnificație trăită (cazul 3) un complex motivațional anumit, pot determina modificarea trăirii lumii de către individ sub toate aspectele sale, deci și sub cel al lumii ca un câmp al acțiunii posibile, a lumii ca spațiu.

III

Persoana ca domeniu din care izvorăște pericolul. Hipocondria.

Pacienta care a ocazionat discuție despre "plutirea în gol" (cazul 6) resimțea și o serie de neplăcute simptome corporale (digestive, precordiale, respiratorii, alături de neplăcutele senzații în membrele inferioare). De fapt, trăirea emotivă realizează în mod banal, alături de turburările în sistemul de relație, intense turburări vegetative (medicina psiho-somatică și psihopatologia converșiunii își încep cariera tot în acest punct). Dar pacienta noastră mai avea o trăire "panicardă": instalarea cu mare ușurință și bazat pe argumente cu totul ne semnificative și nedemonstrative a certitudinii (nemărturisite altora) a prezenței bolii - la ea sau la alții deci nu frica de a nu se îmbolnăvi ci frica cum că este bolnavă (73). De fapt toată gama între frica grijulie de eventuala îmbolnăvire și certitudinea bolii e posibilă în trăirea de tip fobic în modalități diferite de cele ale neurastenicului cenestopat sau a depresivului anxios.

Continuarea discuției pretinde câteva prelabile clasificări. În normalitate, persoana umană își trăește domeniul corporalității cu naturalețe și doar ca un domeniu "organismic" implicat în raportarea și desfășurarea sa activă la lume. Ceea ce reprezintă orientarea și vizarea ființei umane conștiente este lumea exterioară; propriul corp ca domeniu (loc) este desigur punctul de plecare, suportul și referențialul actului dar grija față de el (ca una din grijile primare ale făpturii) nejenind existența umană ancorată în lume.

Față de această spontaneitate și naturalețe a trăirii corpului propriu (care e aproape ignorat, trăit doar preconștient), "cenestopatia" (Dupré), discenestezia sau orice modificare mai particularizantă a interceptiei (și parțial a proprioceptivității) ridică cota de participare a trăirii domeniului corpului la trăirea conștientă. Corpul e resimțit (fie global, fie parțial) ca un plumb care jenează și trage în jos intențiile de act, făcându-le dificile sau chiar

imposibile; iar uneori în durere, însăși contactul cu lumea și nu numai actul devine dificil și foarte îngustat. Aceste modalități pot fi trăite în orice boală somatică precum și în starea pe care Dupré a descris-o drept cenestopatie. Dar cum se prezintă oare în clinica zilelor noastre această "cenestopatie pură" a lui (74) Dupré.

Credem că despre cenestopatie (discenestezie - dr. Stössel) se poate spune (la fel ca despre hipocondrie de altfel) că nu poate funcționa decât ca o etapă diagnostică (73). Făcînd o trecere în revistă a cazuisticii cu care am venit în contact în ultimii 5 ani cred că cenestopatia (discenestezia) s-ar putea distribui în următoarele cadre clinice: 1) sechele minore (localizate) de encefalită; 2) defecte schizofrene minore sau schizofrenie cenestopată mitigată (fără a fi întreprins o statistică amănunțită, experiența clinică ne impune remarcă cum că în ultimii ani, schizofreniile tratate cu neuroleptice se prezintă tot mai mult cu o cloratură cenestopată); 3) psihopatia astenică; 4) "cenestopatia ruralis"; 5) "Teleozici". Ar mai fi de amintit depresiile mitigate (în orice caz limităm discuția la cadrul "micii psihiatрії").

Psihopatia astenică, așa cum poate confirma orice clinician, este rară. Desigur, un astfel de caz este mult preocupat de propriul corp, își trăește neplăcut-discenestezie corporalitatea (76), înregistrează și notează migălos aceste suferințe și solicită insistent medicilor vindecarea lor. Cenestopatiile psihastenice și a marilor obsesivi, țin de componenta astenică a activității lor nervoase cerebrale. Dar această astenie este în primul rînd o anomalie (Binder) sau un defect. Ea ridică în primul rînd probleme de psihologie și incadrabilitate social-productivă și probabil, într-un viitor apropiat, de terapie energetică nervoasă. Discenestezia astenicului - care din acest punct de vedere se apropie de cea a depresivului - se deosebește net de trăirea corporalității la hipocondriacul fobic, prin "paloarea și uscăciunea" trăirilor, prin reducerea lor la o

este neplăcută fără coloratură emotivă vie, cu o emotivitate seacă sau monotonă.

La un alt nivel se pot nota supralicitările suferinței la bolnavi de diverse tipuri (în special boli internistice). Suferința și maleza corporală sunt aproape consubstanțiale bolii. Când se cumulează mai multe boli, când suferința se prelungește în timp și mai ales când intervin interese de ordin material, de statut social, afective etc., suferința e supralicitată, o maleză neurotică cenes-topată aduce bolnavul la psihiatru încărcând cu o muncă penibilă activitatea acestuia.

Am vrea să mai menționăm ceea ce am denumi "cenestopatia ruralis" ca un cadru clinic pe care l-am observat constant în clinică de ani de zile (și în legătură cu care nu cunoaștem studii sistematice). E vorba de următoarea situație: Nevroticii (în special nevroticele) provenind din mediul rural, prezentând nu atât un nivel intelectual scăzut (sau un intelectm nediferențiat) cât mai ales un anumit orizont transcultural, realizează "răul", "insuportabilul trăit" din decompensarea nevrotică predominant în rezonanța afectivă a corpului. Fără a fi vorba de histerii propriu-zise, în cenestopatia rurală suferința nevrotică ni se comunică predominant prin simptome corporale prost sistematizate. Cazurile sunt dificil de tratat.

În mod teoretic, cenestopatia (discenestezia) de orice fel poate orienta preocupările individului spre propriul corp. Corporalitatea proprie trăită își pierde naturalitatea, individul își resimte propriul corp ca un balast care-i împiedică existența degajată, interesul pentru preajmă și lume pălește. Toate acestea nu definesc însă încă hipocondria.

Hipocondriacul se caracterizează nu numai printr-o versiune a preocupărilor spre domeniul propriei corporalități ci prin considerarea acestui domeniu ca un loc de unde poate isvorî periculosul.

Fobicul în general este hiperatent față de corpul său, trăire mai frecventă și mai importantă la el ca cenestopatia eventuală. Hipocondriacul fobic trăește în plus o nesiguranță anxioasă în acest domeniu la care e atent și care devine un punct din care periculosul poate izvorî. De asemeni nesiguranța anxioasă se cristalizează hipocondriac în tema bolii. Hipocondriacul se teme că are o boală (nu că se va putea eventual îmbolnăvi) trăirile sale se desfășoară într-o gamă anxios-fobică (care poate termina depresiv). În orice caz credem că trebuie făcute următoarele distincții: a) trăirea corporală neplăcută (discenestezia), b) frica de existența unei boli (hipocondria fobică) și c) afirmarea unei teme de boală (care e în special depresivă, dar poate apare și la psihopatul histeric, sau la un delirant). Cenestopatul astenic se poate transforma într-un ipohondriac fobic (deși cel mai des virează direct spre depresie) dar ipohondriacul fobic poate avea o cale proprie de constituire, care are drept punct de plecare o "nesiguranță" a trăirii corporalității proprii, o diluare a valorii de locus și ax de înrădăcinare a acesteia, uneori o dislocare a acestei funcțiuni drept urmare a unei stări de tensiune. Din materialul studiat de noi, putem degaja două modalități prin care se poate instaura hipocondria fobică.

Fie la o persoană cu o structură caracterială fobică (care prezintă un orizont fobic al existenței) cu ocazia unei afecțiuni minore care-i atrage atenția asupra propriului corp.

Fie la persoane care -și încarcă masiv fundalul conștiinței cu conflicte nedescărcate trăind o stare de permanentă încordare și tensiune care, cu ocazie banală se descarcă într-un scurt circuit de tip angoasă, care e punctul de plecare al dezvoltării fobice.

În orice caz, începutul hipocondriei fobice se face într-o atmosferă de anxietate. Iată pe scurt două cazuri din cele două tipuri amintite:

12) Un pacient a cărui copilărie se desfășoară în condiții afective neprielnice, cu o mamă vitregă. De mic copil i-a fost frică de

strigoi, vrăjitori și întuneric. Nici la 30 ani nu poate eși noaptea singur din casă.

O fire mai retrasă, niciodată expansiv, dar încadrat în grup. I-a plăcut curățenia și ordinea. Si după căsătorie, el face curățenie în casă. Perseverent în muncă și foarte conștiincios.

În urmă cu trei ani, fiind acasă la părinți, face o anghină pultacee și se trezește noaptea cu senzația sufocării, într-o stare de panică care însă nu durează mult. În urmă cu un an are un furuncul al feței; soacra, care e soră medicală, îi atrage atenția că ochiul său e înroșit; se uită în oglindă, spaimă, leșin. Analize la toți medicii orașului care fiind bune, se liniștește puțin. Rămîne însă nesigur de el într-o stare de tensiune permanentă. Într-o zi, mergînd pe stradă, aflîndu-se mai departe de casă, simte ceva "ca o furnicătură în întreg corpul"; se uită la un magazin într-o oglindă și se vede palid, intră în panică. Se internează la spital pentru a face controale pentruca "nu cumva să aibe ceva"; mai precis simte "ceva ca un rău greu de definit în trup" și îi e frică să nu aibe cumva o boală. În curtea spitalului se poate plimba, dar în afara spitalului, la loo m e cuprins de o criză de angoasă. Acceptă afirmația medicilor cum că nu are nici o boală somatică, totuși persistă o frică de rău, de frizele de angoasă și de asemenea, frică: "să nu fie totuși cumva o boală".

Remarcăm la cazul de mai sus, că prima fază a hipocondriei fobice nu este încă fobia de o boală precisă ci dizolvarea certitudinii corpului propriu ca domeniu, ca spațiu formulat ca un loc de înrădăcinare, ca un "acasă" calm, ca un "avut" și un "continuum" bine stăpînit. Hipocondriacul fobic nu se mai retrage în casă ca loc de înrădăcinare asigurată ci tinde spre înrădăcinarea în spital și cum se îndepărtează de spital (sau de locul unde e medicul) crize de de angoasă apare la fel ca la agorafobicul ce se îndepărtează de casă. Există și posibilități de <sup>combinare</sup> ~~colectiv~~ între cele două modalități. Un pacient urmărit de noi se simțea excelent acasă și în satul său (unde era profesor) dar făcea crize de angoasă de îndată ce pleca în altă localitate mai îndepărtată; crizele nu apăreau însă dacă, în localitatea unde mergea știa unde se află spitalul; deci un dublu domeniu de calm și certitudini: casa proprie și spitalul. Tot în legătură cu cazul de mai sus observăm că situațiile de acest tip sunt cele optime pentru apariția iatrogeniei. Într-un studiu pe care l-am efectuat (77), arătăm că iatrogenia nu poate apare în orice condiții, că există modele și grade de facilitate a declanșării ei. O persoană echilibrată poate suporta fără a se decompensa vestea unui diagnostic, grav, sau suspiciunea unui astfel de

diagnostic. In alte cazuri doar grave inabilități ale atitudinii medicului în raportul său cu pacientul pot iatrogeniza pe acesta din urmă. Ceea ce favorizează în cel mai înalt grad iatrogenizarea e o atmosferă de incertitudine, vag și periculos posibil în afirmațiile și atitudinile medicului față de pacient și trăirea unei incertitudini a spațiului corporal (cu un orizont fobic al unui pericol posibil) din partea pacientului. In această atmosferă, imaginatul intră în funcțiune și tematizează fobic, în boală posibilă, nesiguranța anxioasă inițială. Aceasta e situația în care se găsește hipocondriacul fobic în devenire. Dar există și un nivel la care intervenția medicului nu mai acționează iatrogen decât minim sau doar aparent, deoarece pacientul caută, pretinde sau are nevoie de instituirea unei teme de boală care să-i liniștească incertitudinea, migrarea producându-se înainte de intervenția medicului sau indiferent de aceasta (78, 79).

Iată acum și un caz de al doilea tip:

13) Un pacient de 49 ani, contabil, director la o unitate C.E.C. Un "nervos" din adolescență, care-și ține însă în permanență nervii sub tensiune, nu izbucnește nici-odată; simte că trebuie să tacă și să facă și așa acumulează toate tensiunile emotive.

Debutul e brusc, aparent în continuitatea modalităților sale existențiale uzuale: era în control la o unitate; brusc apar amețel: simte că se sufocă, se simte neliniștit, să plimbă dintr-o cameră în alta, iese la aer "simte că-și va pierde conștiința", dar totuși nu leșină. E dus cu salvarea la spital: anxietate mare, senzație permanentă că nu va mai ajunge a doua zi. După două săptămâni de spitalizare cu un tratament tranchilizant ușor își revine complet, reintră în serviciu, dar ulterior se instalează din nou un "rău" pe care însă nu-l poate explica. Crizele de angoasă se repetă; din nou internare și apoi peregrinări pe la toți medicii: face 7 E.K.G. - uri, își ia în permanență tensiunea arterială care totuși, nu e mărită. Apoi începe să umble cu bastonul pentru a avea certitudinea că nu va leșina. Problematizează mersul: dacă calcă cu piciorul gol pe cimentul rece imediat are senzația că cimentul face contact cu sistemul nervos și imediat nu mai poate mișca bine piciorul. Ii e frică să nu aibe cumva un astm deoarece observă că uneori respiră mai dificil. Ape o permanentă senzație de nesiguranță și nesecuritate în lume și viață. Munca de răspundere îl terorizează cu eventualele pagube bănești care s-ar putea produce chiar în lipsa sa.

Cazuri ca cel de mai sus devin mai complicate, când realmente se descopere o tensiune arterială ușor crescută. Uneori debutul angoasant cu tahicardie și tensiune crescută e foarte legitim (de ex la un caz, urmare a unor nopți nedormite cu consum de alcool și

cafea în cantitate mare) dar dezvoltarea ulterioară se poate complica pînă la idee prevalentă (cînd însă, de obicei e prezent și în fundal depresiv).

O caracteristică a trăirilor corporale neplăcute (vegetative) în cazul fobicilor e faptul că ele își păstrează caracterul emotiv-relațional. Trăirile discenestezice ale astenicilor și depresivilor se fac într-un context în care relația interpersonală e pală sau seacă, monotonă și fără emotivitate ca marcă principală. Și în cazul histeriei trăirea corporal vegetativă bulversată este în primul rînd sub marca limbajului și nu a emoției (histericul nuclear nu e un hiperemotiv, cum mulți o mai afirmă încă ci un hiperexpresiv). La fobic se păstrează un caracter de trăire emotiv interpersonală ca marcă a turburărilor din spațiul corporal, încărcate de un orizont de panică și de un mare rezervor de imaginar. Un ultim caz poate fi, credem, demonstrativ.

14) O funcționară de 44 ani care de mic copil a fost emotivă și o supusă ascultătoare; ambițioasă, îi plăcea să fie în centrul atenției sociale, deseori veselă.

La 21 ani de căsătorește cu un psihopat cu 22 ani mai în vîrstă decît ea, de un egoism și o gelozie feroce, care-i interzice contactul social pînă și cu propria ei familie, făcîndu-i îngrozitoare scandaluri pentru intenții imaginare de infidelitate. Deși suportă greu situația, pacienta renunță treptat să se mai preocupe de ea, nu se mai îmbracă, nu se mai îngrijește etc. După 15 ani de conviețuire mizerabilă se despart dar stau în camere alăturate încă 5 ani. Deși soțul duce acum o viață independentă, ea trăește aceiași izolare socială simțînd mereu în spate tercareea lui.

În sfîrșit divorțul se pronunță oficial și soțul părăsește domiciliul, dar în aceeași perioadă ei i se face un Halstedt pentru neoplasm mamar. După operație, cînd stă deja singură (și dispăre orice argument exterior formal pentru asociabilitate, renunțare la sine) apare un simptom foarte neplăcut; pacienta începe să resimtă subiectiv că degajă un miros uterin neplăcut; acest miros apare doar cînd e în societate și e emoționată, terorizînd-o în continuare, astfel încît comportamentul ei nu se schimbă. Rămîne la fel de timidă social, nu angajează discuții și apropieri sociale, e foarte susceptibilă. Pe tema mirosului, pacienta consultă timp de 5 ani toate somitățile ginecologice, bineînțeles fără rezultat.

Privitor la pacienta de mai sus, mirosul respectiv nu a fost înregistrat nici-odată de nimeni în afară de ea; dar el persistă ca o temă ipohondriacă (fobică) foarte strîns legată de emoția relației interumane.

.. // ..

La capătul acestei discuții psihopatologice să degajăm câteva concluzii.

Impărțirea în cele 3 paragrafe nu e desigur întâmplătoare.

Individul poate fi invadat de trăirea pericolului ce vine dinspre lume și în fața căruia ~~nu~~ poate pune stavile pentru că, printr-o despațializare suigeneris, el nu mai poate trăi (zonal sau global) lumea ca un câmp al acțiunii posibile; prin despațializare, individul devine vulnerabil, în special în raport cu alții (paragraful I).

- Individul trăește domeniul (spațiul) propriei corporalități ca ceva nesigur, ne avut în stăpînire, dominare și manevrabilitate; pericolosul poate isvorî din acest domeniu, în urma vulnerabilizării acestui spațiu special care e propriul corp; Si ~~apă~~ se institue hipocondria fobică (paragraful III).

- Individul trăind efectiv în lume, diacronic, într-o desfășurare dramatică, trăește această întîlnire cu lumea, ca sursă posibilă de pericolos. În aceste condiții apare domofilia cu o ordonare cît mai asigurată a preajmei și agorafobia în sens larg, adică dificultatea trăirii în spațiul agoric, cu fobia de astfel de situații. Se dezvoltă, în spațiul agoric, diverse simptome de de-spațializare și fobii de obiecte semnificînde (paragraful II).

Din dezbateră pe care am urmărit-o în acest capitol am vrea să scoatem în evidență în special 2 fapte.

În primul rînd, fobia nu poate fi considerată un simplu simptom, un cuvînt dintr-un text. Psihopatologia fobiei se relevă ca o textură <sup>în</sup> care una sau alta dintre manifestările fobice își au locul lor. Nu pot fi așezate în aceeași ordine liniară și echipotentă și fără nici o legătură structurală fobia de înălțime, de întuneric, de stradă, de animale anume, de boală etc. ca simptome strict independente, întâmplător prezente unul sau altul la un pacient. Dim-

potrivă, "textul" psihopatologiei fobiei poate fi scris; aproximativ el ar putea fi următorul: Frica la întuneric și vertijul la înălțime (sau amândouă împreună) par a fi elementele cele mai bazale ale textului, cadrul său, prezente fiind deja din copilărie și persistând. Vertijul la înălțime, batofobia, poate fi puțin marcat dar prezența sa am înregistrat-o invariabil la agorafobici în sens larg. Apoi, se pot descrie două teme care dau echilibru textului: pe de o parte tendința de înrădăcinare într-un teritoriu asigurat (cel mai des casa), domeniu care a luat în stăpânire printr-o ordonare și un știut permanent - pe de altă parte o suită de trăiri psihopatologice se desfășoară în afara acestui domeniu. Aceste trăiri psihopatologice se desfășoară pe o diagramă în care elementul fundamental e alterarea spațiului trăit. La un capăt al acestei diagrame lumea nici nu mai contează deoarece despațializarea totală precipită individul în gol (agorafobie în sens restrâns); la celălalt capăt, lumea e prezentă complet dar populată cu "obiecte fobogene" care o structurează într-un mod particular, mai precis dau o formulă originală lumii ca un câmp al acțiunii posibile, cu zone libere și zone tabu (obiectele fobogene se institue ca atare printr-un determinism mai strâns sau mai lax). Intre aceste două extreme, disoluția spațiului trăit duce la modelul vulnerabilizării individului din față (obiectele mobile precipitându-se spre el) sau din spate (avînd o trăire a unui spate vulnerabil). Toate acestea constituie textul psihopatologiei fobiei în "spațiul agoric". Dar nici domeniul persoanei (care în varianta precedentă construia tema înrădăcinării) nu e imun de o disoluție de tip anxios fobică; atît doar că în acest caz, rolurile se inversează" Corpul devine un domeniu din care

x) Un scurt comentariu e necesar la acest punct: întunericul este în primul rînd negarea lumii ca obiecte și de aceea e frecvent întîlnit în copilărie. Batofobia, legată evident de sistemul labirintic se întîlnește ca un fundal a fobicului pe măsură ce individul se maturizează devenind remarcabil de frecventă la adulți, acest fapt se datorește ~~participării~~ labirintului la structurarea schemei corporale și a spațiului trăit, ambele corelate de experiența ac-tantă.

.. // ..

poate isvorî pericolul (hipocondria fobică) pe cînd lumea (altul calmant și instituțiile vindecătorii) devin tema liniștitoare. Si ca un mod intermediar apare claustrofobia.

Al doilea fapt pe care am vrea să-l subliniem e cel anunțat la începutul lucrării. Fobicul este atent la lume. Pentru el lumea există cu pregnanță, formată din obiecte semnificante, ordonate, incluse într-o structură spațială. Fobicul se simte și pe sine ca prezent în această "lume ca spațiu" prezent printre obiecte, legat de ele printr-un raport plin de vivacitate și culoare, prezent într-o lume partajată în domenii de libertate și bucurie posibilă și domenii tabu, domenii de unde poate isvorî pericolul. O analiză a psihopatologiei firicii va trebui să fie în paralel o psihopatologie a spațiului trăit.

Nu la fel stau lucrurile cînd se încearcă o analiză a psihopatologiei depresiei sau a asteniei, obsesiei, isteriei etc.

Depresivul nu e atent la lumea ca preajmă, la lumea ca obiecte hic et nunc prezente (printre care și el); lumea ca spațiu nu-l interesează. Drama sa se desfășoară în axul trăirii temporalității a trăirii unui perpetuum prezent dureros, cu blocarea posibilității de trăire a viitorului. De la distilatele forme ale nostalgiei și pînă la depresia tipică sau drama durerii morale din melancolie, analiza psihopatologică și comentariul depresiei se poate face cel mai bine axat pe analiza psihopatologiei timpului trăit (și a persoanei "menzice"). Desigur, și în fobie avem o perturbare a timpului trăit așa cum comenta Ey în legătură cu încercarea lui Rebuffet<sup>(109)</sup> de a explica fobia prin psihopatologia spațiului trăit. Acest fapt ~~se~~ l-am semnalat cu ocazia prezentării unor cazuri. Fobicul trăește o anumită nerăbdare panicardă (care uneori e structurală, persoanei fobice). Fobicul are deseori sentimentul că "nu mai poate aștepta" pînă la sfîrșitul evenimentului ce se desfășoară, sentimentul că timpul "fuge" și el nu îndeplinește actele necesare, că trece un

timp imens pînă îndeplinește faptul în care a angrenat. Dar o analiză în acest sens doar completează tabloul psihopatologic al fobicului, neputînd însoți fobia în toate modalitățile sale.

La fel în isterie. Indiferent dacă acceptăm sau nu un cadru clinic separat isteriei, psihopatologic nu putem să nu înregistrăm "fapte" care de-a lungul timpului au fost etichetate drept isterice și această modalități psihopatologice isterice pot fi cel mai bine mai complet și mai detaliat analizate și comentate, alături sau concomitent cu psihopatologia limbajului ca o comunicare interumană, interpersonală.

În aceeași ordine de idei, astenia ca fapt psihopatologic (de la quasinormalitatea marel oboseli comprehensibile și pînă la "sindromul neurastenic" sau la psihastenie) pot fi cel mai bine analizate și comentate alături sau concomitent cu patologia actualui uman ca randament. Si în continuare, obsesia - așa cum magistral a remarcat Jaspers - pretinde o analiză care să meargă în paralel cu psihopatologia libertății.

Cele spuse mai sus nu vor să afirme că în diverse modalități psihopatologice (din mica psihiatrie) avem doar o anumită turburare fundamentală și anume: alterarea modalităților de a trăi lumea ca spațiu la fobic, alterarea modalităților de a trăi temporalitatea și durata proprie a persoanei la depresiv, alterarea limbajului interuman la histeric, a actului ca randament la astenic, a libertății la obsesiv. Fobicul are și el perturbări ale trăirii temporalității așa cum aminteam mai sus ale actului, limbajului, ale trăirii libertății. Histericul la fel, poate fi astenic, obsedat, uneori depresiv, ba chiar și fobic - pentru că histericul este de fapt și el "atent la lume", dar atenția sa e orientată cu osebire la lumea socială, la lumea celuilalt și mai ales a celorlalți și nu la lumea ca spațiu populat de obiecte - cum e cazul la fobicul nuclear. Între histeric și fobic, legătura o face senzitivitatea, Histeroidia fobicului ține de faptul că și celălalt (individul uman) apare pentru

el nu cu indiferență (ca la depresiv) ci cu vivacitate, cu pregnanță și coloratură, ca și celelalte obiecte ale lumii. Fobicul realizează în orice împrejurare o raportare afectivă bogată față de celălalt (fie pozitivă, fie negativă); atît doar că, fobicul este predispus a se raporta în primul rînd la celălalt (deci la o singură persoană într-un dialog afectiv) pe cînd histericul e predispus la un monolog în fața celorlalți (așa încît raportarea sa la semenii e mai puțin afectivitate cît limbaj). Si astfel, raportîndu-se la ceilalți, histericul e în gardă pentru a surprinde la ei (sau a induce în ei) atenția față de el, admirația sau compătimirea pe cînd fobicul raportîndu-se la ceilalți, e și el în gardă, dar pentru a surprinde eventual la ei pericolul, intenția de a penetra spre el, de a pătrunde dincolo de epiderma vulnerabilizată a persoanei sale, de unde senzitivitate (sau în altă eventualitate, fobicul caută să surprindă între ceilalți șansa, prezența altuia protector, ~~deci~~ asigurarea în fața pericolului).

Fobicul este și astenic, dar astenia sa e doar aparență; fundamentală e abulia sa, mai precisă crisparea sa în fața actului (care desigur poate fi astenizantă); dar nici într-un caz fobicul nu este un "a-pathic", cum astenicul tinde să fie.

Fobicul se apropie și de obsesiv. Acest fapt îl vom analiza mai amănunțit în capitolul clinic dar și aici se pot face unele precizări. Obsesivul nuclear se desinteresează și el de realitatea nemijlocită; pentru el există o lume dar aceasta e o lume tematică, abstractă, reprezentată. Ceea ce-l preocupă pe obsesiv nu e lumea ci actul și astfel el scapă influențelor modelante ale lumii. Dar, limitarea libertății începe și ea deja la fobic, odată cu circumscrierea teritoriilor de libertate. La obsesiv, această libertate e adediată în inima sa; Totuși, problema comună fundează o învecinare; lumea crispată în fața noului și plină de puncte negre și semne de exclamare a fobicului e într-o anumită măsură obsedantă.

Pentru obsesiv însă, lumea va fi (la fel ca pentru maniac) doar un pretext; pretext al obsesiei și ritualului ca punte de legătură spre real. Dar consonanța afectivă cu lumea e la el perturbată. Marele și tipicul obsesiv are o persoană cu o "depersonalizare de fundal" o persoană "neînfrământată" cum e cea a fobicului, o persoană care oriunde își poartă simptomatologia la fel. Desigur, când se ajunge la "obsesia magna" pe via fobie, această călătorie lasă urme, dar esențialul își spune pînă la urmă cuvîntul; în trecerea de la fobie la obsesie, simptomul se des-circumstanțializează. Marii obsesivi psihastenici au mai puțin locuri tabu cît situații-act ritualice; ori, o situație-act este destul de indiferentă față de preajmă.

Din tot ce am spus mai sus, esențial ne pare faptul că fobicul cu fobiile sale e omul cel mai serios legat de lumea trăită nemijlocit, de lumea ca permanentă preajmă - decompozabilă analitic desigur în lumea ca spațiu (continuum) și lumea ca text (obiecte semnificate în interrelații). Aceasta reprezintă însă doar o posibilitate în care minusul personalistic (care dă psihopatologia) se coagulează pe una din modalitățile structurale fundamentale ale persoanei, implicîndu-le pe celalalte într-un mod original.

Fiecare din "figurile" calitative psihopatologice din mica psihiatrie, se realizează în contextul unei modificări de ansamblu a persoanei care se va prezenta modificată (deci "altfel" decît în normalitate) din toate incidențele majore ale structurii sale. Faptul că analitic un anumit mod psihopatologic îl putem analiza și comenta cel mai bine urmărind psihopatologia uneia din modalitățile structurale fundamentale ale științei umane (act, spațialitate, temporalitate, limbaj, libertate) nu înseamnă nicidecum un raport de cauzalitate între acestea. E vorba pur și simplu de faptul că psihopatologia, așa cum se prezintă clinic, ca fapte psihopatologice nu este un ceva aleator. Varietatea pe care clinica o integrează și o sistematizează se realizează ca atare pentru că

ființa umană are o structură bazală (categorială) ireductibilă, pentru că ființa umană are o structură temporo-spațială intrinsecă, o structură comunicant lingvistică, o structură de libertate și de act. Intrînd pe un făgaș psihopatologic ființa umană va realiza (atît timp cît nu se aliancează - deci în mica psihiatrie) figuri ce pedalează predominant (de cele mai multe ori) pe una din structurile sale bazale, astfel încît comentariul faptului psihopatologic se realizează cel mai complet în paralel cu comentariul psihopatologiei axată pe structura fundamentală respectivă.

Fobia, astenia, depresia, simptomul histeroid, obsesia, pot domina tabloul clinic al unui caz din mica psihiatrie în cadrul unei modalități clinice realizate în acest cadru. Analiza niciunui din aceste simptome (în sensul analizei) posibilității lor de existență, a fundării lor într-o structură existențială matricială) nu ne va spune însă nimic despre ce este neuroza, reacția psihică anormală sau personalitatea psihopată. Cu alte cuvinte, e un lucru distinct de a stabili că e vorba la o persoană anume de o neuroză și problema care ne-a preocupat pe noi nu a fost "ce este" și "cum se fundează" nevroza de ex., ci fundarea modalităților clinice calitative în mica psihiatrie, în speță fobic. Desigur, atît circumscrierea nevorozei ca atare cît și circumscrierea "formelor clinice de nevroză" nu sunt probleme exclusiv psihopatologice dar în ambele cazuri psihopatologia are principalul cuvînt de spus.

XX

X X

## C L I N I C A

### Figurile clinice ale fobiei în "mica psihiatrie".

Așa zis-a "mica psihiatrie" (adică psihiatria nepsihozelor) cuprinde o vastă arie de probleme care în mod clasic au fost împărțite în problemele nevrozelor, psihopatiilor și reacțiilor psihice anormale. Clinica acestui domeniu al psihiatriei este însă departe de a fi lămurită și se poate spune că în zilele noastre apare ca mult mai complicată decât în urmă cu 50 ani; aceasta în primul rând datorită perspectivei antropologice în care medicina contemporană (și mai ales psihiatria) s-a înscris fără drept de apel și care face ca problemele "mici psihiatrii" să fie foarte apropiate de complexitatea problematicii omului în general. Asupra delimitării și fundamentării (a întrebării: "ce este și cum se poate delimita?") nevroza, psihopatia sau reacția psihică anormală, cercetare și discuția e deschisă și încercările de răspuns numeroase. Desigur, în mare, unele jaloane rămân fixate - cel puțin ca punct de plecare: reacția psihică folosește criteriul comprehensibilității, psihopatia se circumscrie prin amoralitatea unei personalități disarmonice nevroza - prin "demisia" de la responsabilitatea unei angajări active în lume a unei persoane fragile, incapacitatea autenticității trăirilor și prezența unor simptome subiective, neplăcute, desvăluite (și rezolvabile) în cadrul relațiilor inter-personale etc. În continuare, nu ne vom angaja în încercarea de fundamentare a acestor modalități ale "micii psihiatrii" ci, plasându-ne într-o perspectivă clinică vom încerca să circumscriem analitic aceste "figuri clinice" - așa cum se prezintă ele în clinică - mai mult dintr-un punct de vedere formal, pentru a urmări apoi cum se prezintă fobia în cadrul micii psihiatrii. Pentru aceasta vom distinge

1) O tipologie a personalității, de modalitate ("stil") fobic. Aceasta înseamnă nu numai modalitate particulară, proprie, eșită din comun (caracterizabilă și individualizabilă prin ceva) ci și o deviere de la norma generală în sens de fragilitate, vulnerabilitate, "minus personalistic" dintr-un anumit punct de vedere; căci orice "tip" șarjează anumite trăsături, nu prin plus valoarea sa (care dă creația originală) ci prin minus valoarea care șarjează, îngroașe, potențialități general umane. În acest ultim sens se poate vorbi despre o persoană anormală, aceasta neînsemnând încă patologie sub nici-un aspect (încadrându-se în normalitate în sens larg) ci doar un teren mai prielnic pentru patologie și - desigur - modalitate antropologică originală.

2) O reacție circumstanțială de un anumit tip (fobic în cazul nostru) care e specifică prin ea însăși, comprehensibilă, supra-personală, dar apărând cu frecvență și ușurătate mai mare la persoanele anormale formulate într-un anumit mod.

3) Impasuri și dezvoltări nevrotice care se produc când o persoană anormală (în sens 1), cumulând conflicte, nu le mai poate depăși existențial ci e înfrântă într-o demisie în care caută protecție în anturaj, trăind o suferință subiectivă exprimată în simptome, simptome ce sunt și o modalitate principală de expresie și legătură cu lumea, - legătură redusă la ele și astfel sărăcită.

Problema nevrozei continuă să fie extrem de delicată deoarece, după ce la început era considerată de domeniu limitrof neurologiei (în orice caz endogen, degenerativ, constituțional), a urmat marea reacție a concepției psihogenetice - declanșată de Freud și distilată de analiza existențială; în ultimul timp, o serie de autori de mare prestigiu, reaccentuează importanța momentului "endogen" în nevroze (vezi Lopez Ibor)(80), de înrădăcinare a nevrozei în zona endotimă, neconștientă a persoanei. Adevărul este că, în legătură cu nevrozele e greu de discutat despre o singură formulă

(termenul vag de psihonevroză fiind ~~vag~~ și de utilizat doar ca atare, fără analize și determinări mai precise, doar de către clinicianul superficial); sub marca nevrozei se reunesc modalități clinice multiple dintre care putem aminti: (81)

a) reacția nemijlocit comprehensibilă dar complicată nevrotic prin faptul că se dezvoltă la o persoană anormală

b) reacția declanșată evident printr-un eveniment trăit, dar care nu e nemijlocit comprehensibilă. In aceste cazuri, fie că e vorba de o modalitate cheie de reacție pentru un anumit tip de personalitate (reacția de tip "cheie ce se potrivește la broască" - Kretschmer); fie e vorba de o reacție de fundal (hintergrundreaktio' descrie de Müller-Sur și K.Schneider), de o reacție declanșată printr-un eveniment aparent anodin, dar care se produce la o persoană a cărui fundal psihic este puternic încărcat cu trăiri conflictuale și anergizante nedescărcate.

c) apariția unui sindrom nevrotic după o trăire organică anergizantă (infecții, intoxicații, traumatism, epuizare prin muncă exagerată); în acest caz, anergizarea persoanei nu face decât să aducă la suprafață o structurare nevrotică care era ținută în frâu.

d) apariția unei modalități de a fi nevrotice aparent în continuitatea existenței, fără motiv actual evident; poate fi vorba de o auto-suprasolicitare ce angrenează persoana în nevroză ca un bulgăre de zăpadă, sau de o lipsă, energetică de a continua existența la fel ca pînă atunci, sau de un moment biologic endogen critic.

Toate aceste modalități nu fac decât să introducă individul într-un impas nevrotic, într-o stare nevrotică care se poate remite sau poate trece într-o dezvoltare nevrotică. Aceasta din urmă poate și ea avea cicluri, se poate stabiliza, compensa sau remite, după cum poate și să înglobeze persoana într-o existență nevrotică.

Uneori însăși dezvoltarea ontogenetică a persoanei nu încheie adolescența ca o persoană structurată matur (și nici măcar fragil structurat) ci deja structurată nevrotic.

Tot în legătură cu nevroza, mai trebuie menționat faptul că ea are multiple posibilități de compensare și decompensare, care în general țin de problematica existenței curente (de la atmosfera conjugală la o întâmplare fericită sau nefericită, de la nivelul de "aspirație" socială și pînă la lipsa de orizont axiologic).

Toate aceste probleme trebuiesc avute în vedere atunci când se discută clinic despre nevroză (și această panoramă indică deja dificultatea unei abordări statistice sau experimentale a nevrozei).

4) Personalități psihopate, care reprezintă formule aparte de construcție personalistică, caracterizate în primul rînd printr-o perturbare structurală a modalităților actului moral (de obicei comisiv și perturbator social). Si aici sunt posibile multiple variante, de la cazul structurat imoral și cu un comportament pervers, la cazul amoral prin lipsa unei scări unitare de valori morale și a unei consecvențe cu sine, alături de cazuri de conflicți explodivi, scandalagii sau expansivi și mergînd pînă la monstruosul moral. De notat încă, posibilă mixtare a modalităților psihopate cu cea nevrotică, ca expresie a unui viciu de structură sau de modulare circumstanțială a fundalului anormal.

5) Formule personalistice aparte, care, de-a lungul dezvoltării, în loc de îmbogățire treptată trăesc dimpotrivă o înceată dar continuă "depersonalizare de fundal", cu sărăcirea trăirilor, a modalităților de expresie și creație prin act; persoanele devin treptat marginali socialului, legați de existența socială doar printr-un canal îngust, cu modalități de expresie și existență stereotipe și invariante, dar care nu duc la o alienare evident psihotică a persoanei nici pînă în final.

Toate aceste cadre funcționează desigur cu un ghid pentru clinicianul care urmează să se confrunte cu complexitatea cazurilor reale. În plus, psihiatrul mai este încărcat în zilele noastre cu o serie de situații și reacții "existențiale" (ca doliul simplu,

trăirile de eșec, trăirile post-conflictuale simple) care de fapt fac parte în primul rând din trama vieții și care pe psihiatru îl pot interesa ca om și antropolog, dar nu în calitate de clinician.

## I

În privința "tipului" fobic de personalitate, ca fundal posibil a unor impasuri și dezvoltări nevrotice fobice, a unor distorsionări personalistice psihopatice de acest tip (sau numai ca stil ~~personal~~ de personalitate) principalele descrieri de referință sunt: "emotivul" descris de Dupré, caracterul fobic descris de psihanaliză și poikilotimul descris recent de Petrilowitsch.

- Constituția emotivă descrisă de Dupré (82) (pentru prima dată în 1909 și reluată apoi în publicațiile sale ulterioare) poartă încă amprenta concepției despre degenerescență din secolul trecut dar într-o viziune mai diferențiată. Principalele semne ale constituției emotive ar fi: exagerarea (în intensitate și amplitudine) a reflexelor tendinoase, cutante și pupilare, hiperestenzie senzorială, dezechilibrul reacțiilor motorii și secretorii, tendința la spasme, tremurături, intensitatea și difiziunea anormală a reflexelor fizice și psihice ale emoțiilor, reacții anormale ca vivacitatea, extensie, durată etc. După cum se vede, Dupré insistă mai mult asupra semnelor neurologice decelabile obiectiv (stigmat) decât asupra unui profil caracteriologic. Dupré, mai notează multiple afecțiuni organice în etiologie. "Expresie a unui dezechilibru special al temperamentului, emotivitatea constituțională se asociază frecvent cu alte tare degenerative, ca debilitatea și mai ales dezechilibrul inteligenței, a sentimentelor și a voinței". Dupré nu asociază însă constituția emotivă în mod prea direct cu fobia, așa cum autorii moderni francezi o fac. El prezintă constituția emotivă ca un "substrat organic" a unui mare număr de sindroame nevro-psihopatice între care amintește, ce e drept și anxietate-

tea, fobiile, obsesiile-impulsuri, alături însă de perversiuni sexuale, melancolia anxioasă, stări hipocondriace (simple sau delirante), accese de excitație și depresie (ale ciclotropiei), neurastenia (ca o consecință a epuizării prin emoții intense și repetate), histeria. După mai descrie însă și o "psihonevroză emotivă", distinctă și de histerie și de neurastenie, care apare pe fondul unei predispoziții date de constituția emotivă puțin marcată și realizată prin sumarea unor șocuri emotive repetate la scurte intervale. O parte din cazurile descrise de Dupre<sup>37</sup> ca tipice pentru această psihonevroză s-ar putea încadra în reacții fobice simple (e vorba în special de reacții de spaimă din timpul războiului, repetate, care dau o stare de așteptare anxioasă cu tahicardie și reacție emotivă intensă la orice informație ce amintește de evenimentele psihotraumatizante).

Psihanaliza descrie și ea un "caracter fobic"(83). În istoria psihanalizei aceasta s-a făcut destul de târziu, deoarece psihanaliza a analizat inițial simptomele și abia ulterior, pornind tot de la simptome, a încercat să "explice" și caracterul; astfel caracteriologia e ramura cea mai nouă a psihanalizei. Caracteriologia psihanalitică distinge două tipuri de trăsături de caracter: cele în care energia originală de descarcă liber după transformarea a ceea ce a fost vizat sau a obiectului și cele de tip defensiv, unde atitudinea defensivă generală se opune atitudinii manifeste și e reprimată printr-o contrapulsione. Trăsăturile de caracter fobice fac parte din acest al doilea grup al trăsăturilor de caracter reacționale, esențială fiind conduita de inhibiție și evitare. Mai precis, caracterul fobic definește indivizii a căror conduită reacțională se mărginește la a evita situațiile primitiv dorite (de ex. evitarea dragostei, furiei sau a oricărui alt sentiment violent, orice situație în care sentimentele riscă să fie prea mult angajate). Această evitare e consecința fricii de respectiva

deslănțuire afectivă iar mecanismul psihologic operează cu mutația lui "mi-e frică" în "nu-mi place, nu prefer". De unde retragere, absență (aparentă) a interesului, timiditatea etc. Trăsătura de caracter se poate constiui nu numai ca o fugă dăn fața situațiilor prea angajante afectiv și din fața obiectului care e sursă de anxietate (ceea ce într-un fel ar fi consecința primei modalități). Această atitudine de fugă, inhibiție, evitare, se poate realiza fie printr-o modalitate pasivă, fie printr-una activă, printr-o "fugă înainte" adică un comportament de supra-ocupație (mai ales de lectură), prin care individul evită atât lumea angoasantă a tentațiilor cît și confruntarea în tihnă cu sine; pentrucă fobicul se alarmează de tot ceea ce emerge din sine, din clar-obscurul său interior cu care evită să stea în fața, ceea ce determină și o stare de continuă alertă, caracteristică de asemenea, fobicului.

Desigur, faptul că fobicul este un inhibat, deobicei retras și în tensiune, în alertă permanentă, este o trăsătură "caracteriologică" (mai bine zis de "stil personalistic") a fobicului, dar a rezuma la atât caracterizarea persoanei fobicului e puțin și a explica aceste trăsături doar prin conflicte de ordin libidinal e exagerat și inexact.

- Petrilowitsch (84) denumește și el persoana fobicului "instabil emotiv" (stimmungslabile) și în descrierea sa pe prim plan trece problematica emotivității; dar el nu se revendică de la Dupré (pe care nici nu-l amintește) ci de la Wilmans (1914). Acest tip se caracterizează prin: vitalitate redusă (și în acest sens se apropie de astenic, depresiv, ba chiar de psihastenicul francezilor - spune autorul), o mare hiperestezie și vulnerabilitate senzorială (la fel cum spunea Dupré) astfel că totul se petrece foarte aproape de "rezonanța afectivă a corpului" (leiblicher Gefühlszustände) după expresia lui Lersch); sunt instabili emotiv, sensibilitate afectivă excepțională la orice stimul, în nucleul caracterial predomină afectul în așa măsură încît individul învăluie

și obiectul de afectivitate, îl consideră foarte repede simpatic sau antipatic - la prima impresie și intuitiv - și transpune fenomenele sufletești asupra obiectului; el e orientat spre exterior, caracterizat printr-o vivacitate vulnerabilă, e prezentă o mare precumpănire a exigenței și pretenției în dauna randamentului; e prezent un joc bipolar între supunere și dominare. Petrilowitsch afirmă și sugestionabilitatea instabilului emotiv și într-un pasaj afirmă chiar: "agorafobia merge mână în mână cu recunoașterea unei incapacități evidente, mai ales că dorința spre un sprijin precis, spre un mentor cu care să treacă strada sau piața e recunoașterea de facto a incapacității personale, a dorinței de tutelă".

Petrilowitsch își construiește tipologia în sensul unei imagini a personalității structurată ca un edificiu cu nivele și sfere concentrice, diferind în acest sens de descrierea neurologic-constituționalistă a lui Dupré și de cea strict motivațională a psihanalizei. Acceptând descrierea sintetică a lui Petrilowitsch pe care am găsit-o realmente la majoritatea cazurilor urmărite de noi am sublinia însă că, în perspectiva persoanei, ceea ce ne pare mai caracteristic pentru fobic este o tendință la o "înradăcinare asigurată". Această se prezintă ca o filie pentru casa-cămin, familie, tutelă a altuia - toate dorite dar acceptate crispat, cu o ținere în frâu a tendinței contrare de expansiune act și dominare (acestea rămânând ca un fundal permanent prezent și validat uneori în simptom în cazul decompensărilor nevrotice); sau ca desfășurare a acestor tendințe într-un spațiu delimitat și asigurat, în care și contactul uman devine mai degajat și actul posibil. Fobicul structural are nevoie de delimitarea clară a unei lumi (temă-spațiu) într-o modalitate de știut și posedat (luat în stăpânire). În raport cu această modalitate de a fi în lume, fobicul structural nu este un aderent de muncă (cu plăcerea anonimatului) și nici un ambițios al randamentului (cu autosuprasolicitare), ci un pretențios pedant care deobicei își delimitează foarte bine domeniile de

acțiune și actele, pe care le execută grijuliu și precis, asigurându-se din toate părțile, dar nefiind un activ. Această fină pusă actului și activității, dezvoltă o condensare marcată a imaginarii care însă - în virtutea îngustimii activității sale - nu devine limbaj ca la histeric ci își găsește debușuri de descărcare colaterală (vis, reverie).

Caracterizarea făcută de noi fobicului nuclear seamănă desigur mai puțin a caracteriologie (aceasta din urmă fiind de obicei un pattern al modalităților expresive și comportamentele caracteristice). Caracteriologia se poate plasa la limita palierului personalității ca entitate; ea nu vorbește despre considerare, motivație sau desfășurare dramatică, deci despre palierul mijlociu al persoanei, dar nici amplu despre orizontul persoanei ca entitate. Psihanaliza vorbește despre motivație dar ignoră desfășurarea efectivă, reală, în lume a individului. Aceste lipsuri am vrut să le completăm în descrierea noastră, acceptând ceea ce aduce pozitiv și real caracteriologia (de tip descriere pe nivele și de tip strict motivațional psihanalitic). Tendința (și realizarea) înrădăcinării într-un locus, nu este o caracteristică timică, volițională sau intelectuală, dar este o realitate constatabilă la fobic, fie că această înrădăcinare are ca limite csaa, fie că ea este circumscrisă mai mult tematic, prin divizarea lumii în zone accesibile și zone nepreferabile, fie prin incertitudinea care vizează propriul corp ca un locus (incertitudine a schemei corporale în primum rind) fapt ce stă la baza ipohondriei fobice în primul rind dar determină și el o înrădăcinare într-o protecție a altuia, într-o existență dirijată.

În legătură cu persoana fobicului am mai avea de completat următoarele: Orice persoană se structurează ca rezultat a unei dezvoltări, prin maturarea datului genetic în ambianța relațiilor interpersonale și prelufind "lumea umană". În legătură cu aceasta, menționăm următoarele, în legătură cu cazuistica studiată și pre-

lucrată de noi:

- Ca bio-tipologie între nevroticii fobici observați de noi nu am întâlnit nici-un pianic. Am întâlnit mulți leptosomi - între care un grup apreciabil de indivizi cu "structură corporală infantil-adolescentină". În total acest grup cuprinde 110 cazuri (68,7%). Restul era format din indivizi cu o structură corporală predominant athletică (50=31,3%).

- Ca structură a familiei am întâlnit: La 120 cazuri (75%) o copilărie caracterizată prin schimbarea frecventă a persoanelor protector-educative (a persoanelor cu rol paternal) combinată cu o frecventă schimbare de domiciliu. La 30 cazuri (18,7%), în familie unul din părinți era foarte autoritar, dar nu supraprotector. La restul, aspecte nesemnificative.

- Incidența afecțiunilor organice în istoria vieții nu ne-a apărut cu nimic semnificativ.

Am mai putea menționa în cadrul acestui paragraf, problema "orizontului fobic", ca ceva înscris în reprezentarea de ansamblu a lumii, în concepția despre lume, în modul general în care individul se resimte ca prezent în lume. Aici nu e vorba de un aspect caracterial, nici de ceea ce reprezintă în mod clar și distinct filosofia vieții unui om ci ceea ce este un implicat al acesteia, ceea ce reprezintă o anumită perspectivă de raportare a persoanei umane conștiente la lume, ceea ce dă notă, tonalitatea majoră a acestei raportări. Orizontul fobic nu e ceva caracterizabil din afară, ci un argument existențial care colorează toate trăirile și manifestările individului și pre-dispune la anumite modalități motivaționale sau ale trăirii actuale. Aceasta însă nu e o problemă de analiză clinică ci existențială. În schimb, dacă, luând în masă un lot de fobici nucleari se face inventarul simptomelor, se poate constata (cel puțin așa am constatat noi) că cele mai frecvente și constante simptome sunt: frica de întuneric (întâlnită de noi la 94% din cazuri) și dificultatea de a suporta înălțimea (87%

cazuri). Ambele aceste simptome sunt nu numai frecvente și ci constante, adică independente de perioadele de decompensare sau compensare. Ele reprezintă un fel de încadrare a trăirilor persoanei fobice, care trăiește dificil lumea pe care nu o poate controla vizual și pozițional, deci o fragilitate structurală a abordării lumii ca spațiu, care probabil reprezintă fundamentarea organică a "orizontului fobic".

## II

Reacția fobică comprehensibilă se instalează fie ca urmare a trăirii unei spaimă, fie în urma unei informații care determină, pe palierul mijlociu al psihismului, o organizare, o structurare a lumii în care intervine frica. Cel de al doilea mod menționat aici poate fi de ex. cel ce urmează unei amenințări, cum am întâlnit la cazul nr.3, cu o vulnerabilizare a spațiului corporal față de o agresiune posibilă. Multe iatrogenii pot rămâne în cadrul unor reacții fobice (ipohondriace) fără dezvoltarea lor în nevroze sau preocupări prevalente. Reacția fobică, chiar când are o temă clar formulată (și eventual plasată), se desfășoară într-o atmosferă de anxietate (sau mai rar depresie); în orice caz, gama fobiei rămânând o gamă de trăiri distincte, e deseori flancată de gama trăirilor anxioase și depressive.

Reacția fobică în urma unui eveniment de tip "spaimă" (sau angoasă), a putut fi condiționată în laboratoarele lui Pavlov (85) Ea poate dura mai mult sau mai puțin, poate structura lumea trăită cu frici electivă față de anumite situații (frica de a merge cu mașina după un accident de mașină, frica de spital după o operație, dificilă etc.); ea se poate modula în funcție de tipul și structura personalității la care apare, intervenind deseori ca un element important în impasul și dezvoltările nevrotice. Există însă și posibilitatea ca o reacție intensă unică, să producă o "mutație" în structura personalității, schimbând radical modalitățile de a fi ale persoanei respectivă sau grevînd-o de o patolo-

gie periodică, colorată înșă intens reactiv. De ex:

15) O pacientă care se internează la 45 ani; a fost, pînă la 22 ani, o fire veselă, expansivă, sociabilă, curajoasă, degajată în relații sociale. La această vîrstă, în timpul războiului, într-o zi de iunie în timpul unui bombardament, o bombă cade chiar în adăpostul colectiv în care se afla (la extremitatea acestuia), omoară cîteva persoane, "îngroapă" altele; pacienta rămîne teafără dar trăește o spaimă cumpănită (nu a fost lezată corporal deloc, nu a suferit nici de pe urma suflului exploziei, nu a avut pierdere de conștiință). În acel moment era gravidă în luna 6-a. Pe lîngă spaima trăită, se teme ca nu cumva viitorul copil să aibe ceva de suferit. Nașterea urmează înșă normal și copilul se dezvoltă bine.

De la acest episod, pacienta rămîne cu o simptomatologie care persistă pînă la internare (accentuîndu-se în ultimii trei ani). Grupajul de simptome care o supără se instalează odată cu începutul verii în fiecare an (restul anotimpurilor e bine) și devine foarte exprimat vara, cînd se adună norii înainte de ploaie, mai ales dacă apar și fulgere (și tunete bineînțelese). Această simptomatologie care o chinuește în fiecare vară, constă din o mare stare de alertă, de tensiune; nu poate sta singură nici în casă nici pe stradă; poate trece strada doar în grupuri compacte și atunci are impresia că vehiculele vin spre ea (aglomerația o suportă bine cu cît e mai multă lume cu atît se liniștește mai mult; nu există claustrofobie); nu suportă întunericul, noaptea îi este foarte frică, mai ales că doar puțin și cu coșmaruri. Nu suportă înălțimea; la etajul 4 deja nu se poate apropia de geam. Dacă aude un șgomot neașteptat, tresare și e cuprinsă de panică; dacă cineva stă lîngă ea nu poate lucra bine; deseori cînd lucrează concentrată (la birou) are impresia că cineva e în spatele ei și o urmărește. Cînd se apropie o furtună cu fulgere intră într-o adevărată panică, nu mai poate sta locului; la serviciu aleargă dintr-un birou în altul, acasă merge la vecini. Ii este frică să nu se îmbolnăvească de o boală gravă.

Cazul de mai sus, cuprinzînd o mare gamă de simptome anxios-fobice, se desfășoară aproape experimental. După trăirea unui moment de spaimă-frică, periodic (ciclic), în circumstanțe ce amintesc scena primitivă (vară, căldură, nori cu tunete), se declanșează o stare de anxietate de așteptare pe care fundal apar multe simptome fobice, de angoasă și panică. Dar și între perioadele de mare rău, deci în restul anotimpurilor, nu mai e persoana degajată, sociabilă și expansivă care fusesă; în personalitate s-a produs o adevărată mutație (cazul mai demonstrează cum simptomele ce se instalează ca reactive în urma spaimii sunt în primul rînd legate de distorsiunea spațiului trăit - așa cum am analizat în capitolul de psihopatologie - frică la trecerea străzii cu sentimentul precipitării vehiculelor spre ea, vulnerabilizarea spațiului spateșui, frică de boală (ce ar putea isvorî din domeniul propriei corporalități); și ca o încadrare, frică de întuneric și frica de înălțime.

III

Desigur, și în cazul ultimului caz prezentat s-ar putea vorbi despre o nevroză; dar aceasta ar însemna să extindem cadrul nevrozelor și asupra reacțiilor comprehensibile, supracaracteriale. Noi preferăm pentru nevroză cadrul ce l-am amintit la începutul capitoului și care și așa este destul de vast; și pentru a diferenția de reacția propriuzisă, nevroza în care se intră doar printr-o reacție comprehensibilă, să mai prezentăm un caz:

16) O femeie de 31 ani, crescută într-o familie în care tatăl e o fire autoritară care o împiedică să se căsătorească la 20 ani cu un băiat pe care-l iubea. Pacienta a fost dintotdeauna o fire meticuloasă, pedantă, care nu suporta dezordinea; afirmativ sociabilă dar își alege prietenele dintre cele preocupate de cultură. Acceptă relativ târziu să se căsătorească cu un economist care-i făcea curte, la care nu a ținut nici-odată prea mult, dar care treptat ajunge să o irite, mai ales prin dezordinea lui. Il cicălește adesea deși el e plin de atenție, chiar "obositor de atent cu ea" (dar nu e dominator sau protector).

În urmă cu 4 ani are un accident de tren după care rămîne inconștientă, afirmativ 24 ore (totuși nu prezintă amnezie retrogradă) Imediat după accident și încă mult timp apoi o stare de mare anxietate, evocări terifiante, obsedante în legătură cu accidentul; fobie de tren (călătorește numai cu mașina sau avionul); somn agitat cu șoșmaruri, jenă precordială. Pe stradă începe să aibe deseori senzație de înălțime și de călcare în gol; se teme de traversări. Dar turburările care o supără cel mai mult sunt legate de inserția socială; ajunge treptat în situația ca la primul contact cu o persoană străină să fie cuprinsă de o panică exteriorizată prin roșeața feței, inhibiție psihică, tremurături; totul ține aproximativ 10'. Din acest motiv renunță la activitatea de profesoară și trece la o muncă de birou unde nu avea contact permanent cu alții; dar și această activitate o schimbă ulterior pentru una și mai puțin calificată. Are dese coșmare.

În cazul de mai sus, în urma unui eveniment deosebit, pacienta intră într-un impas și apoi face o dezvoltare nevrotică fobică. E adevărat că în cazul de față nu intervine numai spaima ci și un traumatism cu o stare de inconștientă (probabil o comoție cerebrală) dar imediat după revenirea stării de conștiință nu e prezent și nu se dezvoltă nici un simptom neurologic, iar la 6 ani după accident (pacienta revine ulterior la control) toate testările făcute nu arată nici-un semn de degradare intelectuală (inteligentă bună, originală, cu precizia formelor, cu bună discernare a amănunțelor, cu un fond mezig și de cunoștințe excelent). Inițial pacienta dezvoltă

tă doar o fobie legată de evenimentul traumatizant (frică de a călători cu trenul) dar apoi apare "fobia străzii", apoi ereutofobie și în final nosofobie, toate conducând spre o dezinserție socială. Nu avem doar un ansamblu simptomatic legat numai de tot ceea ce evocă o împrejurare ci o dezvoltare nevrotică serioasă (Rolul probabilei comoții cerebrale, ca sensibilizatoare a funcționalității creierului în perioada imediat următoare accidentului nu trebuie desigur neglijat, după cum nu se poate pune în seama sa toată evoluția fobică ulterioară).

O problemă de primă importanță în discutarea nevrozei fobice este: în ce măsură se poate vorbi despre nevroza fobică ca despre un cadru nosologic independent. Marea majoritate a autorilor răspund în prezent da, la această problemă. Totuși un grup de autori, între care o serie de autori români și sovietici, neagă individualitatea clinică a nevrozei fobice. Dar pentru cei ce o acceptă, nevroza fobică e încărcată de moștenirea psihanalitică, de faptul că Freud a fost acela care a izolat-o pentru prima dată - ca histerie anxioasă - ca ceva independent, atât în raport cu nevroza obsesivă cât și cu cea histerică. De aceea, mare parte dintre cei ce recunosc independența nevrozei fobice, rămân la limbajul și modalitățile propuse de psihanaliză adică: proiecția pe un obiect sau situație exterioară a anxietății unui conflict intra-psihic (cu erotizare secundară) ceea ce face posibile conduitele de evitare și asigurare; evitarea situațiilor primitiv dorite cu reacție de fugă din cauza fricii de propriile pulsioni. O astfel de perspectivă însă, reducând personalitatea la motivație, sărăcește mult problematica, deoarece ignoră personalitatea atât ca desfășurându-se pe diverse paliere, cât și existența sa desfășurată în lume, într-o lume organizată tematic, spațial și temporal.

O altă perspectivă care diferențiază fobia ca centrul unei entități clinice originale, decurge din studiile lui Gestaltel care

distingea fobia propriu-zisă (psihastenică) care se desfășoară actual circumstanțial, condiționată de prezența persoanei într-un context, de fobia anankastă (obsesivă) care, în discursivitatea ei strict ideică, nu e legată de repere exterioare actuale (o perspectivă similară va susține și H.Wallon). Acest punct de vedere a fost parțial însușit de clinică, de ex. de P. Loó. Loó (86) remarcă pe de o parte trecerile dintre frica parțial justificată, teama nejustificată și teama irațională, dar subscriind în același timp la tezele lui Gesattel: fobia - teamă a nevrozei fobice e situațională, de prezentă (într-o situație anumită, în care eventual, se află un anumit obiect fobogen) și în evoluția ei mediul joacă un mare rol. Dimpotrivă, fobia-obsesie e ideică, tematică, nesituațională. "Lumea" fobicului e în primul rând o lume a anxietății; fobia însăși e condiționată de cristalizarea, polarizarea unei anxietăți pe un obiect sau o situație, acestea devenind ulterior puncte de difuzare a anxietății; lumea obsedatului e organizată nu numai pe anxietate ci pe sentimente de culpă, remușcări, depresie, scîrbă; iar fundalul existențial peste care se organizează obsesia e a unei lumi a murdăriei, descompunerii, putreziciunii, iar anxietatea nu e legată situațional, de lumea ca preajmă.

Analiza clinică, pe lângă deosebirile pe care le descoperă nu poate să nu înregistreze și apropierile dintre fobie și obsesie: "orice fobie e obsedantă, orice obsesie se acompaniază de anxietate" - spune Loó. Din punct de vedere clinic aceste treceri posibile trebuie însă analizate mai amănunțit; ele se pot referi fie la simptom, fie la ansamblul maladiv.

Ca simptom, fobia propriu-zisă, situațională, poate fi obsedantă după mecanismul Carpenter. De ex. cazul 7 care prezenta o fobie a străzii - trăind un sentiment de gol cu vertij și angosă la jumătatea drumului de acasă la serviciu; plecînd de acasă deja, pacienta începea să fie preocupată de eventualul rău; tema fobică a străzii se instala obsesiv; dacă nu putea îndepărta gîndul respectiv, frica































































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 ții 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 până acum), intuiția lui Gebattel și Wallon rămâne 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 particulare, 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:neurastenie (legitimă refacere la odihnă și tratament
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.	<u>recădere peste</u> un an, tot neurastenoid anxios.
La 32 ani, după o pielonefrită reapar fenomenele: pe prim plan, cefalee (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.	se instalează <u>dezvoltarea</u> <u>nevrotică</u>
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, 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 apreciable 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 înnebuni 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 vomitări, 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 întreșesute 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 printr-o modalitate în care mai multe acțe 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, meticuloș, 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 antinologism, 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. Si 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" sa<sup>1</sup> 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 reificare<sup>2</sup> 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 "câmp de libertate", un câmp 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, jenând 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, ambivalentă 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 incidențe: 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~~<sup>și nu</sup> 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, București, 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 Phylosophiques, 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, București 1963
20. Guillaumaud J., Cibernetica și materialismul dialectic, Ed. Stiintifică, București, 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. <sup>Roth G.</sup> 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~~, <sup>G. Thieme</sup>, 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 inteligenței, 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 inteligenței, Ed. Cartea Romînească 1928
38. Wallon H., De la actmla gândire, Ed. Stiințifică, 1963
39. Wallon H., <sup>Les origines du caractère</sup> ~~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., Stati S., Introducere in lingvistica matematică, Ed. Stiintifică, 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 stiintifică, 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 neuroses, Paris, 1960
87. Petrilowitsch N., Zur charakteriologie 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

