

UNIUNEA SOCIETĂȚILOR DE ȘTIINȚE MEDICALE  
DIN REPUBLICA SOCIALISTĂ ROMÂNIA

# NEUROLOGIA PSIHIATRIA NEUROCHIRURGIA

REVISTĂ A SOCIETĂȚII DE NEUROLOGIE ȘI NEUROCHIRURGIE  
ȘI A SOCIETĂȚII DE PSIHIATRIE

EXTRAS

1

IANUARIE — FEBRUARIE 1968

## Nevroză și activitate \*

Dr. St. Stössel, dr. M. Lăzărescu

Lucrare efectuată în Clinica de psihiatrie, Timișoara (prof. E. Pamfil)

Psihopatologia jaspersiană a consfințit termenii de reacție, dezvoltare și proces (1), escamotînd, pe cît posibil, termenul de nevroză, care, în aceeași perioadă, sub bagheta lui Freud, tindea să cuprindă întreaga psihopatologie. Dar nevroza lui Freud era axată, în primul rînd, pe un element negativ: regresia în infantilism; nivelul nevrotic ar exista în individ, elaborat prin ontogeneză, conflictul actual; epuizarea și impasul ar reactualiza doar structurile infantile ce trec pe prim plan, formînd rețeaua simptomatologiei. Acest statut de „arheologie motivațională”, pe care psihanaliza îl are, ea nu și l-a putut nicicînd depăși printr-o validare statistică a unui raport dintre conflictul infantil real și ulterioara nevroză manifestă. Elaborarea pozitivă a simptomelor în psihanaliză este concepută prin lupta împotriva anxietății; dar întrucît procesul jaspersian, anxietatea discutată de filozofia existențialistă și anxietatea legitimă în sens laic sînt ignorate, anxietatea în psihanaliză nu are, în cele din urmă, alt fundal decît culpabilitatea, ceea ce a îndreptățit pe Foucault (2) să remarce că freudismul reia în sens inversat temele psihiatriei morale ale secolului al XIX-lea.

Încă două teme alimentează substanțial psihopatologia așa-zisei „mici psihiatrii”. Una din acestea, descinzînd din literatura fenomenologică, caută momentul-cheie al „impasului nevrotic” în insuportabilitatea trăirii suferinței și „patiei”, care, prin ele înșile, sînt structurale existenței umane; urmează o „demisie”, de obicei în infantilism, cu ipotecă pe anturaj prin simptome, cum spune Lăo (3). Clinicienii care se alimentează din acest material ar înlocui, ca și K. Kolle (4), termenul de nevroză prin cel de „criză sufletească”. Una din marile probleme pe care această linie de cercetări o ridică este cea a raportului dintre nevroză și angajarea axiologică. Asupra acestui aspect insistă în special Frankl (5), care introduce și termenul de „nevroză noogenă”, referitor la situațiile în care angajarea există din partea individului, dar mediul nu-i oferă teme suficiente.

\* Comunicare prezentată la U.S.S.M., Filiala Timișoara, Secția de neurologie, psihiatrie, neurochirurgie, în ședința din 24.IV.1967.

Referindu-ne la o lucrare anterioară (6), ne reafirmăm opinia că ceea ce constituie, după imensa majoritate a autorilor, „cauza impasului” nevrotic, adică situația conflictului, este, „în nesfârșita sa diversitate normală și obligatorie — încordare dezirologică, anticipare plină de speranțe, desfășurarea proiectelor, educația, efortul autocritic — un element ce face parte din cadrul normoplastic și determinant al caracterului și devine matrice constructivă a personalității”. Conflictul, prin el însuși, nu poate fi element constituent al nevrozei, iar prin faptul că pune problema depășirii sale și a angajării și ancorării axiologice devine element al psihogenezei.

O a doua temă se construiește pe osatura psihopatologiei kretschmeriene și urmărește mai atent raporturile dintre structura persoanei, reacțiile și impasurile sale. Terminologia utilizată de Kretschmer (7) și de structuraliștii care, în mare măsură, îl urmează este cea de reacție, existențialistii din jurul lui von Gebattel (8) preferându-l pe cel de nevroză. Kretschmer va distinge reacții suprapersonale (primitive) și reacții ale personalității, în care reacția se raportează la persoană, ca și cheia la broască. Termenul de „complex” apare cam în sensul dat de Ribot și Freud, dar cuvântul de nevroză este evitat pe cât posibil. Binder (9) analizează mai amănunțit problema relațiilor dintre persoană, reacție și nevroză, distingând reacții și dezvoltări nevrotice, alături de reacții și dezvoltări psihopatie. În sfârșit, structuraliștii germani, în frunte cu Pertilovitsch (10), reiau teza lui K. Schneider (11) și Müller-Sur privitoare la reacția de fundal (*Hintergrundsreaktion*) și modalitatea ultimei picături a paharului prea plin, pentru a delimita un domeniu psihopatologic intermediar între simpla reacție jaspersiană (comprehensibilă) și nevroză, ultima concepută nu numai ca impas existențial și criză suflătoare, ci ca „dezvoltare nevrotică”, în care simptomele se construiesc multifactorial.

Ar fi deci de distins :

1. *Reacția psihopatologică* în sens jaspersian (comprehensibilă) și alături de ea reacția primitivă (în sens Kretschmer).
2. *Reacția de fundal* cu fenomenul de prea-plin, în sensul descris de K. Schneider, Müller-Sur, Pertilovitsch etc.
3. *Impasul nevrotic*, ca o criză a existenței individului (care înlocuiește simpla anxietate (freudiană), care este doar o stare instabilă ce face imposibile sintezele integrative, stare care, sau se rezolvă, sau este un motor care produce simptome și persistă ca un fundal pe toată perioada neurozei.
4. *Dezvoltarea nevrotică*, în care există un „status nevrotic” cu simptome angrenate, multiple, interconectate, întreținute complexual și legate de structura personalității, realizând un „olivaj” în organizarea ei (H. Ey, 12).
5. *Dezvoltări psihopatie* ale personalității, în care tema „fascinează” și metamorfozează personalitatea.

Toate aceste modalități dinamice se găsesc în anumite raporturi cu „structura personalității”, se alimentează din ea, o modifică sau sînt doar o mască pentru variațiile endogene.

Acest mod de a vedea problema a fost elaborat în special de psihiatria germană (în mare măsură referitor la depresie-13.); în prezent este adoptat și de clinica franceză (14, 15).

Pentru a ne apropia mai mult de subiectul nostru, precizăm că ne referim la activitate nu în sens de comportament și act privind dimensiunea empiric-transcendentală a omului (16, 17), prin care el tinde la realitate, se instaurează în ea și o însușește și se obiectivează în creație; activitatea ne interesează ca act care depășește dimensiunea „erlebniss“-ului printr-o derulare și inserție a omului în textura social-umană, înscriind omul nu în lume, în general, ci în structura dată a lumii sociale: or, desfășurarea omului în act pe coordonatele acesteia înseamnă, în primul rând, o depășire a însingurării prin „praxis“, dar și o modalitate de depășire printr-o angajare axiologică, în care praxisul este doar un intermediar pentru sensul câștigat și care justifică existența individului în proprii săi ochi, dându-i certitudinile și „calmul dinamic necesar“ normalității. Or, impasul nevrotic se desfășoară cu o concomitentă modificare a structurii activității individului. În continuare, vom urmări unele aspecte ale acestei probleme. Începem cu prezentarea unui caz:

*Obs. 1.* — Bolnava G. E., în vîrstă de 35 de ani, crește împreună cu un frate, într-o familie în care tatăl, autodidact, este o fire mai închisă și autoritară, mama, mai caldă, duioasă, dar nici ea o bună confidentă. Nu sînt boli eredocolaterale psihiatrice. Personal a avut doar un infiltrat pulmonar rezolvat. De 7 ani prezintă o tensiune arterială variabilă, cu maxima atîngînd 18,5/11. Cicluri regulate.

În timpul copilăriei ar fi fost, după cum își amintește, veselă, sociabilă, dar sensibilă. La 12 ani are un accident de mașină, după care stă jumătate de an în spital; șoferul este condamnat după lungi procese tracasante, în care trebuie să apară ca martoră (pacienta crede că faptul a contribuit la alegerea ulterioară a meseriei de procuror). La 13 ani a fost victima unui semi-viol din partea unui psihopat, urmat de transmiterea unei boli venerice, pentru care face un tratament de aproape un an; se mută în alt cartier, pentru a scăpa de gura lumii și a copiilor; se simte mult umilită. Tatăl, care este mereu tracasat cu problemele ei, devine foarte sever, mama plînge mult, se îmbolnăvește de inimă (?). Bolnava are remușcări; devine foarte ambițioasă și muncește mult pentru bune rezultate școlare, afirmativ pentru a-și compensa inferioritatea morală și a mîngia pe părinți; își găsește o calmare și în religie. Tot timpul liceului a fost foarte studioasă și ambițioasă, sensibilă la succes; voia să le facă pe toate la superlativ. Era foarte corectă în toate, citea foarte mult, dar numai ceea ce i se pretindea; nu-i plăceau cărțile de aventuri și de dragoste.

Se înscrie la Facultatea de științe juridice care îi place. În această perioadă, religiozitatea se depășește în critică logică, dar își păstrează valoarea afectivă. Deși acum nu mai există nici o interdicție reală, persistă una neconștientă; refuză relațiile sociale, nu are nici o prietenă, nu se plimbă cu nici un băiat, se preocupă doar de înot, lecturi, operă. Se complace doar în societatea oamenilor în vîrstă, unde se poartă discuții savante.

După facultate, pe care o termină cu calificative excelente, intră în procuratură, unde are o rapidă ascensiune. Apoi se căsătorește. Soțul este o fire moale, care nu conduce, manierat, puțin îndrăzneț. În schimb este foarte stăpînit și are o viață foarte organizată, cu tipicuri, orar fix de muncă și de odihnă, pentru care pacienta îl invidiază.

De la începutul carierei, bolnava își pune toată energia în muncă. În primele ședințe în care apare ca procuror, este foarte emoționată, se pregătește foarte minuțios. La început muncește mult, din cauza exigenței pe care și-o impune, apoi se simte prinsă de muncă, munca o absoarbe, se lansează în muncă de dimineață pînă seara, nu mai mănîncă regulat, nu mai face sport, nu mai întreține relațiile sociale de conveniență. Nu mai suportă apoi cinematograful și totdeauna pleacă înainte de a se termina. Ceva mai ușor suportă teatrul, opera și concertele, dar preferă spectacolele pe care le-a mai văzut și evită pe cele noi (*in extremis*, înainte de a se duce la un concert nou se documentează serios).

În ultima perioadă (mai ales în ultimul an), nici munca, căreia i se dedicase cu totul, nu o mai poate efectua corect, pentru că intervine o foarte supărătoare nesiguranță. Nu mai are încredere în ea; după ce termină un dosar



și-l expediază, intervine pentru a-l reprimi spre verificare încă o dată (există și verificarea încuierii ușii; de la birou dă telefon acasă, pentru a verifica dacă un obiect nu este oare în alt loc decât unde ar trebui să fie). Profesional se hotărăște foarte greu pentru o soluție; deliberază mult, rumegă retrospectiv și verifică mereu. Se accentuează și impresionabilitatea. Înainte aresta cu sînge rece; în ultimul an nu a mai arestat pe nimeni, a rugat pe alții să aresteze în locul ei. Se frămîntă apoi foarte mult pentru soarta inculpaților și are remușcări cînd nu este absolut convinsă că soluția a fost justă. Sînt unele figuri de inculpați care o urmăresc mintal mult timp; așa a fost recent un inculpat de 60 de ani, cu o figură de învățacel erudit, care a impresionat-o foarte mult; simțea o milă pentru el „simțea” că nu este vinovat; a ținut dosarul pe masă trei luni, fără a se putea hotărî să-l rezolve; ba chiar l-a ascuns singură pentru a nu-l mai vedea; apoi a trimis respectivului, anonim, 300 lei. Această figură o obsedează, îi apare mereu, oriunde ar fi, dar dacă se uită clar își dă seama că nu îl vede.

În plus, este de o maximă susceptibilitate. Se gîndește ca alții să nu interpreteze zelul său profesional ca dorință de a sta în preajma colegului de birou. O introspecție exagerată o chinuiește; totdeauna obișnuia să-și facă zilnic bilanțul activității și să se critice retrospectiv; dar în ultimul timp a devenit insuportabil faptul că în permanență, în gînduri, în discuții, în lecturi raportează la ea totul; tot ce spun alții, tot ce fac alții, prezența altora etc. Prezența altuia o inhibă și preferă singurătatea; dacă ar fi posibil, chiar discuțiile le-ar purta în scris; face foarte greu cunoștințe noi. Nu suportă ca cineva să o privească de sus, nici la propriu, nici la figurat; cînd vorbește stă tot timpul în picioare, pentru a putea să privească de la înălțime și aceasta și acasă, față de soț. Cel mai bine se simte cînd este la tribuna de procuror și domină toată sala cu privirea și vorba etc.

Bolnava de mai sus se află într-un impas, cu simptome senzitive, cu nesiguranță și verificări, ruminății morale și impresionabilitate obsesivă; dar în acest impas se intră treptat, ca printr-un fenomen de bulgăre de zăpadă. Nu apare nici un conflict nou, exterior existenței diurne, deosebit prin ceva de rest și care să explice și să motiveze starea actuală ca „reacție la ...” sau ca „psihogenie patologică”. Și, totuși, așa cum ne-a demonstrat și evoluția ulterioară, nu este vorba de un „proces”. Intrarea în impas se face în decurs de ani; unele aspecte ale structurii caracteriale se îngroașă, altele sînt deplasate și subminate. Evenimentele de la 12—13 ani o construiesc, desigur, dată fiind și educația familială, ca o senzitivă ambițioasă, prin care munca și afirmarea printr-un randament bun avea valoare expiratorie, de răscumpărare morală în fața propriilor ochi și în cei ai anturajului. Situația este treptat asimilată, aceste modalități devenind elemente structurale ale personalității; și, astfel, pacienta își continuă mult timp existența în limitele largi ale normalității. Existența conjugală nu o „reechilibrează”, ci o păstrează așa cum era. Dar treptat, ceea ce în condiții normale ar fi trebuit să fie element „inclus” în definiția normalității, ceea ce pentru pacienta noastră devenise mijloc, instrument de redobîndire a calmului și încrederii în sine — adică munca — devine acum scop în sine și unic suport al existenței; și, printr-un mecanism de autoamplificare, dereglajul se produce; munca nu mai este o modalitate normală de existență și nici angajare axiologică salvatoare; ea însăși devine imposibilă, modalitatea ei apare ca marcă a dereglajului.

Situația „suprasolicitării” muncii în structura existenței individului poate avea diverse fundări motivaționale.

Una din aceste situații este, desigur, angajarea axiologică în care efortul și randamentul se fac mult peste posibilitățile individuale. În aceste cazuri se produce un fel de „amorsare” a oboselii și a conflictelor capabile de a introduce individul în impas, un fel de „ipotecă cu

scadență aminată sau aminabilă", care permite individului să se realizeze printr-o modalitate de imperativ categoric, cu toată frământarea, subminarea și epuizarea subiacentă.

O altă modalitate, complet diferită de precedentă, este *refugiul în muncă* din motive conflictuale (fie că este vorba de un conflict actual sau de unul intrapsihic). În aceste cazuri, activitatea acoperă cu valențe stoice suferința și poate oferi persoanei un suport moral, care să potențeze încrederea în sine. Dar refugiul în muncă drept soluție pentru trăiri conflictuale nu se termină totdeauna cu o reușită; oboseala și epuizarea ce intervin pot schimba sensul desfășurării existenței spre modalitatea impasului, realizat prin formula bulgărelui de zăpadă, în care structura, conflictul, munca și epuizarea se influențează reciproc.

În sensul celor discutate mai sus, trebuie să menționăm și existența indiscutabilă a unor structuri caracteriale, în care munca susținută, permanentă, dar ordonată, este însăși fundamentul existenței, perioadele de repaus și recreere fiind și ele încadrate într-un program, respectat cu strictețe; și acest repaus este, de obicei, doar fiziologic, banal, fără fantezie. În aceste cazuri, raportul dintre muncă și impasul nevrotic relevă și alte aspecte, nemenționate până aici. Iată un caz:

Obs. 2. — Bolnavul D. V., în vîrstă de 44 de ani. După un *curriculum vitae* sobru se instalează, în ultimii ani, un impas. A dus o viață de mare austeritate, muncind în permanență aproape pînă la limita efortului imaginabil. În studenție participă cu dăruire și abnegație la viața socială. În condiții materiale vitrege (deseori trăiește doar cu pîine și apă), doarme în acea perioadă a studenției — doar cîte două ore pe noapte; în rest muncă, învățatură, activitate socială (cîte un coleg, pe rînd, era obligat să-l trezească, în ciuda reacției vehement agresive hipnopompice). Apoi lucrează în cadrul Institutului politehnic ca asistent; urmează alte funcții didactice și ajunge, în cele din urmă, cercetător la o bază de cercetări a Academiei, unde desfășoară, în plus, și muncă de organizare și conducere. Cefalee veche, bagatelizată de pacient, care caută să se convingă în permanență că „nu are timp să se trateze”. Schimbat dintr-o funcție de conducere lucrează doar ca cercetător, desfășurînd o muncă perseverentă, plină de promptitudine și exigență; în temele de care se preocupă este pus la punct cu toată literatura abordabilă, iar fișele bibliografice depășesc mia. Mulțumirea conducătorului științific, mai precis absența reproșurilor acestuia a fost un continuu etalon al eficienței proprii, un verficator continuu de realizare; în momentul în care acest barometru exterior al eficienței sale dispare, se produce și decăderea sa din tensiunea continuă și începe impasul. În această perioadă a vieții, cînd sprijinul mobilizator și structurant încetează să mai solicite randamentul maxim (totdeauna maxim posibil), acesta nu mai poate fi menținut exclusiv prin autodisciplină (ca sportivul care eșuează în concursul contra cronometru); cefaleea veche emerge pe prim plan, pacientul „devine” nevrotic. Sanatorizarea îl remontează pentru o perioadă, îi redă încrederea și optimismul, „training”-ul autogen început nu poate fi continuat nepunîndu-se introduce în relaxare. Urmează un an de echilibru relativ. Apoi, brusc, fără nici un semn premonitoriu, după încheierea cu succes a unei etape de cercetare (a găsit o soluție teoretică care deschide perspective mari de abordare a unei problematice care iese din sfera lui de cercetare și din capacitățile lui de abordare), se instalează un impas nevrotic, desfășurat anxios, depresiv, lacrimogen, comentatoriu, psihodramatizant, cu intensă suferință cefalică. Motivația pe care pacientul și-o oferă, problematizînd eșecul său, este următoarea: tematica sa propriu-zisă a fost, practic, epuizată iar noul domeniu ar fi fost pentru el inabordabil; pe de altă parte energiile rămîneau neutilizate, nevectorializate din afară și într-un fel de nestăpînit. Această stare se amendează ulterior, în măsura în care se reliefa un nou domeniu de activitate, care, deși arid, rutinier, întrunește condiția unei activități meritorii.

Cazul de mai sus demonstrează posibilitatea unui mecanism patogenic prin descărcare, destindere bruscă („entlastugreaction”), adică ceea ce s-ar putea numi, într-un limbaj metaforic, situația „Sisif fără piatră”.

Acest mecanism pare a conveni structurilor psihice a căror existență este de la început axată pe muncă, la care există o *aderare la muncă*, pentru care disciplina pe care munca ordonată o introduce devine principalul suport al sentimentului de prezență în lume; iar lipsa ei sau subminarea a ceea ce face posibilă munca în forma ei zilnică (fie ea și banală) dă sentimentul de gol și angoasă (și nu doar simpla urgență a conflictului, ca și în cazul „refugiului în muncă”).

Tot cazul de mai sus mai sugerează un mecanism patogenic, și anume: rolul pe care îl poate juca, în declanșarea unui impas, finalul unei munci (sau activități), final care pune, implicit, problema unor perspective noi. Este clasic a se spune că structura psihastenică (în sens francez) trăiește foarte dificil momentul luării unei hotărâri sau că anankastul (în sens german) nu are niciodată sentimentul lucrului terminat, ceea ce îi menține la infinit un montaj lucrativ, dar, de obicei, nu se subliniază explicit că sfârșitul unei munci poate decompensa nevrotic. Și aici situațiile sînt multiple: cînd munca intensă este expresia unei angajări axiologice, finalul ei poate aduce pe tapet reala epuizare sau o structurare nevrotică subiacentă; la extrema opusă, unde munca este un „modus vivendi” și suport axial al existenței, un final poate fi un lucru angoasant, pentru că înseamnă privarea de un suport și nevoia de a găsi un altul. În general, încheierea unei perioade de viață în care individul a fost angrenat și care, prin ea, dădea certitudini poate plasa orice om într-o situație dificilă, prin nevoia de a alege și reconstrui o situație echilibrată. Dar, uneori, aceste momente (și la fel finalul unei munci) pot crea impasuri de alură depresivă sau nevrotică. Redăm un caz:

*Obs. 3. — Bolnavul B.C., în vîrstă de 23 de ani. Crește într-o familie cu patru frați, cu un tată mai nervos și brutal, care îi bate mult pe copii fără motiv; mama este o fire blîndă, tăcută, de care copilul s-a simțit mai legat. De fapt, îmbolnăvirea mamei de tuberculoză (care se suprapune cu pubertatea) este o motivație în proprii ochi pentru o schimbare de atitudine: din extrovertit devine afirmativ interiorizat, cu teme depresive, cu ruminatii privitoare la sensurile existenței, cu idealuri de om izolat și neînțeles. Aceste ruminatii se estompează apoi treptat. După terminarea liceului, studiază filologia, lucru pe care îl dorea mult. I se împlinește apoi și un alt vis, și anume este trimis la Moscova să studieze limba arabă. În primul an se descurcă greu și este retras; în al doilea an se ambiționează, face eforturi mari și, într-adevăr, se impune. Ambiția sa este, însă, de randament și nu de expunere socială, pe care nu o suportă. Totdeauna se îmbracă în culori stinse și trăia penibil situația de a fi centrul atenției. Cînd se întorcea în concedii de la Moscova acasă avea impresia că toată lumea se uită după el și comentează situația sa de student în străinătate. Dar nu suporta nici ca un altul să se impună; de obicei sabota pe șeful grupului social, căutînd să demonstreze lipsa de valoare a acestuia. Nu suporta, de asemenea, să i se impună ceva, să i se facă observații sau ca cineva să intre în lumea sa. În anul doi de studii are mici simptome de oboseală, cefalee, care se rezolvă spontan. În anul al treilea trăiește un conflict erotic: o lectoră de la Institut, cu care a avut relații sexuale, pretinde să se căsătorească cu ea, ceea ce el nu dorește; trăiește o permanentă stare de tensiune, ea amenințîndu-l cu intervenția la forurile oficiale; tot anul se preocupă prevalent de rezolvarea acestei probleme, care, în final, se și rezolvă. În anul patru de studii se căsătorește cu o fată pe care o cunoștea mai de mult din țară; în această perioadă trăiește idei obsesive veritabile (impuse, absurde și de care voia să scape); tema acestor idei era următoarea: dată fiind marea sa fericire, este imposibil să nu se întîmple o nenorocire, lui sau ei; apoi ideile obsesive dispar. În anul cinci, pe tot parcursul acestuia, trăiește prevalent preocuparea față de viitorul său: în fiecare seară, zi de zi, se preocupa cum să-și organizeze în viitor viața. În ultimul semestru al ultimului an, prezintă o cefalee intensă;*

Acest mecanism pare a conveni structurilor psihice a căror existență este de la început axată pe muncă, la care există o *aderare la muncă*, pentru care disciplina pe care munca ordonată o introduce devine principalul suport al sentimentului de prezență în lume; iar lipsa ei sau subminarea a ceea ce face posibilă munca în forma ei zilnică (fie ea și banală) dă sentimentul de gol și angoasă (și nu doar simpla urgență a conflictului, ca și în cazul „refugiului în muncă”).

Tot cazul de mai sus mai sugerează un mecanism patogenic, și anume: rolul pe care îl poate juca, în declanșarea unui impas, finalul unei munci (sau activități), final care pune, implicit, problema unor perspective noi. Este clasic a se spune că structura psihastenică (în sens francez) trăiește foarte dificil momentul luării unei hotărâri sau că anankastul (în sens german) nu are niciodată sentimentul lucrului terminat, ceea ce îi menține la infinit un montaj lucrativ, dar, de obicei, nu se subliniază explicit că sfârșitul unei munci poate decompensa nevrotic. Și aici situațiile sînt multiple: cînd munca intensă este expresia unei angajări axiologice, finalul ei poate aduce pe tapet reala epuizare sau o structurare nevrotică subiacentă; la extrema opusă, unde munca este un „modus vivendi” și suport axial al existenței, un final poate fi un lucru angoasant, pentru că înseamnă privarea de un suport și nevoia de a găsi un altul. În general, încheierea unei perioade de viață în care individul a fost angrenat și care, prin ea, dădea certitudini poate plasa orice om într-o situație dificilă, prin nevoia de a alege și reconstrui o situație echilibrată. Dar, uneori, aceste momente (și la fel finalul unei munci) pot crea impasuri de alură depresivă sau nevrotică. Redăm un caz:

Obs. 3. — Bolnavul B.C., în vîrstă de 23 de ani. Crește într-o familie cu patru frați, cu un tată mai nervos și brutal, care îi bate mult pe copii fără motiv; mama este o fire blîndă, tăcută, de care copilul s-a simțit mai legat. De fapt, îmbolnăvirea mamei de tuberculoză (care se suprapune cu pubertatea) este o motivație în proprii ochi pentru o schimbare de atitudine: din extrovertit devine afirmativ interiorizat, cu teme depresive, cu ruminații privitoare la sensurile existenței, cu idealuri de om izolat și neînțeles. Aceste ruminații se estompează apoi treptat. După terminarea liceului, studiază filologia, lucru pe care îl dorea mult. I se împlinește apoi și un alt vis, și anume este trimis la Moscova să studieze limba arabă. În primul an se descurcă greu și este retras; în al doilea an se ambiționează, face eforturi mari și, într-adevăr, se impune. Ambiția sa este, însă, de randament și nu de expunere socială, pe care nu o suportă. Totdeauna se îmbracă în culori stinse și trăia penibil situația de a fi centrul atenției. Cînd se întorcea în concedii de la Moscova acasă avea impresia că toată lumea se uită după el și comentează situația sa de student în străinătate. Dar nu suporta nici ca un altul să se impună; de obicei sabota pe șeful grupului social, căutînd să demonstreze lipsa de valoare a acestuia. Nu suporta, de asemenea, să i se impună ceva, să i se facă observații sau ca cineva să intre în lumea sa. În anul doi de studii are mici simptome de oboseală, cefalee, care se rezolvă spontan. În anul al treilea trăiește un conflict erotic: o lectoră de la Institut, cu care a avut relații sexuale, pretinde să se căsătorească cu ea, ceea ce el nu dorește; trăiește o permanentă stare de tensiune, ea amenințîndu-l cu intervenția la forurile oficiale; tot anul se preocupă prevalent de rezolvarea acestei probleme, care, în final, se și rezolvă. În anul patru de studii se căsătorește cu o fată pe care o cunoștea mai de mult din țară; în această perioadă trăiește idei obsesive veritabile (impulse, absurde și de care voia să scape); tema acestor idei era următoarea: dată fiind marea sa fericire, este imposibil să nu se întîmple o nenorocire, lui sau ei; apoi ideile obsesive dispar. În anul cinci, pe tot parcursul acestuia, trăiește prevalent preocuparea față de viitorul său: în fiecare seară, zi de zi, se preocupa cum să-și organizeze în viitor viața. În ultimul semestru al ultimului an, prezintă o cefalee intensă;

se adresează medicului care pune diagnosticul de nevroză astenică și-l tratează cu vitamine din grupul B. Chiar în ziua în care termină examenul de stat, noaptea, prezintă o criză anxioasă în următoarele împrejurări: are, în continuare, o cefalee intensă, un coleg îi dă un librium, cefaleea trece brusc și atunci intră în panică; se gîndește că ar putea fi vorba de o hemoragie cerebrală, este neliniștit, stă siderat la pat, transpirații reci, palpitații, simte nevoia de a fi cineva alături de el etc. De atunci nu mai poate dormi noaptea singur. Mai are o criză asemănătoare chiar în momentul cînd sosește acasă, la el în sat, de la Moscova: cum ajunge acasă se întinde pe pat în criză. Întors în țară este angajat imediat la radio, dar rămîne în serviciu doar cîteva zile: își ia concediu fără plată și se prezintă la medic. Prezintă insomnie, cefalee, astenie fizică și psihică, o mare stare de nehotărîre și anxietate. Înainte era, afirmativ, un rigid: o dată ce hotăra un lucru, mergea drept înainte. În prezent, chiar pentru lucruri foarte mici, se hotărăște foarte greu, revine, analizează retrospectiv. Cochetează cu ideea de a-și schimba serviciul de la radio; este aproape hotărît să-și schimbe meseria și să predea limba rusă într-o școală. Motivația ar fi următoarea: limba arabă este foarte bogată în dialecte și este foarte dificil dacă vrei să le studiezi amănunțit pe toate; or, el dacă se apucă de un lucru nu poate să-l facă doar superficial, adică nu poate să-și facă doar serviciul la radio (care este ușor), ci va urma să studieze complet și aprofundat limba arabă, cu toate dialectele ei, pentru a o epuiza și a o cunoaște la perfecție. Așa a fost totdeauna: cînd se apuca de un lucru trebuia să-l facă foarte bine; dacă simțea că nu poate epuiza un lucru, nici nu se apuca de el; de exemplu, cînd făcea cunoștință cu o fată, imediat se gîndea la final, dacă se va putea căsători cu ea și ce viață vor duce împreună. În orice caz, în prezent vrea să-și schimbe meseria, să devină profesor de limba rusă, pentru că, în acest caz, concomitent cu profesia va putea studia și limba și literatura rusă, deci să se ocupe și de probleme culturale, ceea ce, dacă s-ar ocupa de limba arabă, nu ar mai putea, deoarece nu ar mai avea timp și îi este imposibil să intrice problemele. În plus, ca profesor de limba rusă s-ar putea retrage din București, eventual chiar la țară, pentru că ceea ce îi trebuie, la ora actuală, este liniște și nu poate suporta agitația și angajarea.

Deci, o structură psihastenică, înclinată spre ruminatii, idei pre-valente și obsesive, senzitiv și cu nevoia perfecțiunii și a lucrului împlinit, face la terminarea facultății două mari crize de angoasă, intrînd într-un impas nevrotic cu simptomatologie generală (insomnie, cefalee, astenie, anxietate, nehotărîre) și cu tendința de retragere de la angajarea în viață. Impasul în care individul intră nici de data aceasta nu este motivat exterior, printr-o „psihogenie“ în sens de raport conflictual cu semenii; cînd acesta a existat, în anul doi, el a fost rezolvat fără demisie nevrotică. Momentul angoasant și cel care dă decompensarea este cel al terminării unei perioade de viață organizate cert și al intrării într-o perioadă în care trebuie să-și organizeze un stil de viață propriu. Vorbind mai în general, finalurile și actele împlinite pot fi momente decompensatoare ale persoanei pentru că retează unele certitudini și acest fapt intervine, desigur, în „incapacitatea de a termina un lucru“ al psihastenicului.

Pentru a trage unele concluzii din discuția purtată, remarcăm faptul că ea nu a fost o discuție dintr-o perspectivă propriu-zis clinică; în dezbaterile de față nu ne interesează atît complexul de simptome, cît dinamica evoluției și astfel tratarea problematicii nevrotice într-o perspectivă biografică. Noi am urmărit mai sus mai ales raportul dintre structurile senzitiv-anankaste și activitate; dar problemele pe care vrem să le punem cu această ocazie sînt de un ordin mai general.

În primul rînd, problema raportului dintre nevroză și activitate nu se referă doar la anankasti, ci este generală. În afară de munca prezentă ca un „modus vivendi“ și de situația „refugiului în muncă“ (ambelle prezentînd nuanțate probleme referitor la intrarea în . . . . . ,



ieșirea din . . . . . , și colorarea nevrozei), se ridică problema fundamentală a conflictului ca element structural al psihogenezei și structurant al psihismului, conflict care dimensionează însăși normalitatea care soluționându-l se angajează. Dar conflictul nu poate fi înțeles doar ca relație interpersonală sau interumană conflictuală dată. Ceea ce intervine ca un conflict pentru o personalitate este totdeauna semnificația unei situații în care aceasta este angrenată; iar ceea ce poate depăși un astfel de conflict este o angajare într-un act sau într-o activitate semnificativă. Aceasta implică, însă, structura personalității. De aceea în geneza unui impas nevrotic trebuie urmărită semnificația conflictului pe curba timpului personal. Iar activitatea, cu diversele ei funcții și semnificații în structura personalității, poate juca, deseori, rol de „tampon” al impasului, după cum, în mod natural, în formula sa de activitate angajată și creatoare reprezintă tocmai versantul soluției, opusul natural al impasului nevrotic. Desigur, și impasul, și construirea simptomelor, și trăirea lor se desfășoară — în primul rând — în domeniul psihismului și prin intermediul mecanismelor psihice; extrapsihologicul biologic poate avea un rol favorizant prin epuizare și hipoenergism. În acest caz, intrarea în impas și construcția sau emergența simptomelor (unde intervine structura personalității, conflictele sale actuale și intrapsihice, angajarea axiologică și semnificația conflictuală a unor situații, toate în interrelație și interconectate prin „feedback”-uri pozitive și negative), poate fi denumită, în cel mai bun caz, *psihogenie negativă* prin simetrie cu fenomenul normal al psihogenei (să-i spunem pozitive) în sens de construcție și dezvoltare normală a psihismului prin „psihogenia” relațiilor interumane și a autoconstrucției. Termenul de psihogenie negativă ar trebui să acopere, însă, o arie de fenomene aproape tot așa de vastă ca și psihogenia propriu-zisă, pentru că ea poate fi declanșată de toate clapele care o pot realiza pe aceasta din urmă.

În concluzie, considerăm că această lucrare aduce o serie de elemente pentru o discuție mai amplă pe tema psihopatologiei motivaționale.

## Bibliografie

1. JASPERS, K. — Psychopathologie generale, Ed. Alcan, Paris, 1928.
2. FOUCOULT, M. — Histoire de la folie, Ed. Plon, Paris, 1961.
3. LÖÖ, P. — Les nevroses, Paris, 1960.
4. KOLLE, K. — Psihiatrie, Ed. Thieme, Stuttgart, 1961.
5. POLAK, P. — Zum Problem der noogenen Neurose, publicat în „Handbuch der Neurosenlehre und psychotherapie”, Ed. Frankl., vol. 2, 1964, p. 664—691.
6. PAMFIL, E., STÖSSEL, ST., LAZARESCU, M., HANGAN, O. — „Concept și practică în problema neurozelor”, Comunicare prezentată la Consfătuirea cu tema „Neurozele”, București, noiembrie, 1965.
7. KRETSCHMER, E. — Medizinische Psychologie, Ed. Springer, Berlin, 1961.
8. GEBSATTEL VON, FRANKL, SCHULTZ, J. H. — Handbuch der Neurosenlehre und psychotherapie, Ed. Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, 1959; 1964.
9. BINDER, H. — „Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reactionen und Entwicklungen” în Psychiatrie der Gegenwart, vol. II, Ed. Springer, Berlin, 1961.

10. PETRILOVITSCH, N. — Beiträge zu einer Struktur-psychopathologie, Ed. S. Karger, Berlin, 1958.
11. SCHNEIDER, K. — Klinische psychopathologie, Ed. Springer, Berlin, 1961.
12. EY, H. — La conscience, Presse Universitaire de France, Paris, 1964.
13. KIELHOLTZ, P. — Diagnose und Therapie der Depressionen, Ed. Lehman, München, 1965.
14. \* \* \* — *Rev. Prat. (Paris)*, 1963 ; XIII ; 25.
15. \* \* \* — *Rev. Prat. (Paris)*, 1965 ; XV ; 7.
16. MERLEAU-PONTY, M. — La structure du comportement, Paris, 1935.
17. FOUCOULT, M. — Les mots et les choses, Ed. Gallimard, Paris, 1966.

Articol intrat în redacție la 16.V.1967.

Indicele de clasificare : 616.891

## RÉSUMÉ

*St. Stössel, M. Lăzărescu — NÉVROSE ET ACTIVITÉ*

Les auteurs abordent le problème du rapport entre activité et névrose. Après une prise de position dans le contexte des discussions actuelles concernant la psychopathologie de la névrose, on analyse certaines modalités se rattachant au déclenchement de l'impasse névrotique et à la sortie de l'impasse par l'activité et le travail. On considère en conclusion que le terme „psychogénie“ est inadéquat.

## ZUSAMMENFASSUNG

*St. Stössel, M. Lăzărescu — NEUROSE UND BETÄTIGUNG*

Verff. befassen sich mit der Frage des Verhältnisses zwischen Betätigung und Neurose. Nach einer Beleuchtung dieser Frage aus der Sicht der gegenwärtigen Diskussionen über die Psychopathologie der Neurose werden einige Möglichkeiten der Entstehung eines neurotischen Impasses und die Überwindung dieser Sackgasse durch Betätigung und Arbeit analysiert. Abschliessend wird der Ansicht Ausdruck gegeben, dass die Bezeichnung „Psychogenese“ nicht richtig ist.

## SUMMARY

*St. Stössel, M. Lăzărescu — NEUROSIS AND ACTIVITY*

The problem of the relationship between activity and neurosis is dealt with in the present paper. After situating the discussion in the context of the latest findings in the psychopathology of neurosis, the authors analyse several ways in which the neurotic episode is induced and the role of activity and work recovery. The term „psychogeny“ is considered inadequate.

## РЕЗЮМЕ

*С. Штессель, Н. Лăзареску — НЕВРОЗ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ*

Авторы рассматривают вопрос отношений между повседневной деятельностью и неврозом. Определив предварительно место, которое этот вопрос занимает в настоящее время в обсуждении психопатологии неврозов, авторы затем подвергают анализу некоторые особенности, связанные с возникновением периода состояния невротической нерешительности и вывода из этого состояния при помощи повседневной деятельности и работы. В заключение авторы считают, что термин „психогения“ не может считаться адекватным.



## REFERATE

**CHIRURGIA ANTEROLATERALA PENTRU SPONDILOZA CERVICALA IN CAZURI DE MIELOPATIE SAU COMPRESIUNE DE RADACINA NERVOASA, H. Verbiest, H. D. Paz Y Geuse, J. Neurosurg., 1966, vol. XXV, nr. 6, p. 611—622**

După ce se clarifică noțiunea de „hard protrusion” — protruzie gravă creată de modificările hipertrofice în articulațiile Luschka și marginile transverse sau de subluxația unei vertebre, după ce în trecut se amintește „sindromul cervical” produs de spondiloza cervicală, autorii conchid că eficiența chirurgicală depinde de mai mulți factori: vascular, țesut conjunctiv și mecanic, care concură la realizarea sindromului. În selecționarea cazurilor, autorii au ținut seama de bolnavii cu dureri radiculare și care aveau modificări neurologice. În diagnosticul radiologic al leziunii, discografia nu le-a adus nici un sprijin. Tomografia sagitală și mielografia gazoasă le-a fost de un real folos și imaginile publicate sînt convingătoare. Operator, elimină osteofitele intraforaminale și marginile transverse ale platourilor și, în cazul că există o luxație posterioară, se rezeacă din porțiunea postero-inferioară a vertebrei ce comprimă măduva. Osteosinteza este efectuată cu autogrefon tibial, pe care îl consideră superior celui iliac, mai ales cînd este vorba de fuzionarea mai multor vertebre. Postoperator, bolnavul se mobilizează după 1—2 săptămîni în caz de grefon la un singur nivel și după 4—6 săptămîni în caz de fuzionare la 2—3 nivele. Bolnavul va purta, 4—6 săptămîni după coborîrea din pat, un guler gipsat. Autorii, din 439 cazuri de spondiloză cervicală internate în Clinica din Utrecht, în ultimii 5 ani, au operat 27, care i-au socotit că aveau indicație. Nu au operat cazurile cu atrofii musculare avansate. Ca rezultate postoperatorii se arată că la toți bolnavii au dispărut durerile radiculare; numai 2 bolnavi din 9 cu mielopatie nu și-au revenit; durerile reziduale ipsilaterale în ceafă și braț se datorau artrozelor de acompaniament; la 11 bolnavi au apărut semne clinice noi, ca: migrenă faringiană, radiculopatie la nivel mai sus, artropatia umărului, lombago etc. Dintre bolnavii operați, unul a decedat imediat, iar dintre

26 vindecați operator 16 și-au reluat activitatea anterioară, 5 efectuează munci mai ușoare, unul este parțial inapt, iar 4 sînt complet inapți pentru muncă. Rezultatele depind nu numai de factorul compresiv, ci și de interrelația dintre vascularizație și starea țesutului conjunctiv al articulațiilor, de care depind unele semne ale sindromului cervical.

*M. Maretsis*

**HIPONATREMIE DUPA CORDOTOMIE CERVICALA BILATERALA, Don M. Long Jim L. Story, J. Neurosurg., 1966, vol. XXV, nr. 6, p. 623—627**

Autorii cunosc că actul chirurgical aduce perturbări hormonale și electrolitice tranzitorii, menționate în literatură, dar au fost mai puțin studiate în leziunile pe măduvă. După ce arată metoda de lucru prin care au urmărit dozările steroizilor plasmatici și urinari ca și ale electrolitilor și ureei, ale ingestiei și excreției, raportează cele 4 cazuri la care s-au efectuat cordotomii bilaterale pentru dureri intratabile. În primele zile, postoperator, se notează o scădere a potasemiei și a steroizilor plasmatici cu o creștere a sodiului intracelular. Pentru a explica patogenia acestor perturbații hormonale și electrolitice, se discută importanța căilor descendente vegetative localizate cervical în cvadrantul antero-lateral. După cordotomie, se notează o prăbușire imediată a tensiunii arteriale cu caracter tranzitor. Vasoparalizia duce la o creștere a permeabilității celulare pentru sodiu, la o eliminare excesivă de potasiu și la o insuficiență tranzitorie în funcția medulosuprarenalei.

Corectarea cu săruri a stărilor postoperatorii deficitare în electrolitii amintiți a dus la reechilibrarea imediată a pacienților. Autorii cred că prin analogie cu cele ivite prin lezarea chirurgicală a măduvei cervicale s-ar putea petrece și în traumatismele medulare de la același nivel. Lezarea căilor vegetative, aduce o explicație dar nu se cunoaște clar rolul ADH (hormon antidiuretic).

*M. Maretsis*