

SCHIZOFRENIA INFANTILA *

dr. Eugenia Stanciu

Existența psihozei discordante la vârsta infantilă a fost și mai este controversată de mulți autori. Totuși, în viziunea zilelor noastre este incontestabil faptul că schizofrenia copilului este o entitate nosologică bine definită, cu o certă importanță practică. Cu toate că în ultimele decenii descrierile legate de tabloul clinic al acesteia sint tot mai numeroase — bazate pe studii etiopatogenice, fiziopatologice și electrofiziologice moderne — schizofrenia în general și a copilului în special, rămîne așa cum spune *Bleuler* una dintre cele mai mari enigme ale timpurilor noastre.

Primele descrieri ale schizofreniei copilului sint legate de întrebarea dacă la vîrstele copilăriei pot exista îmbolnăviri psihice similare cu ale adultului. Încă din 1843 și 1845, *Friedrich* și *Griesingen* au descris fenomene psihotice a căror evoluție a culminat prin demențiere totală. *Maudsley* enunță ideea că, toate psihozele întîlnite la adulți pot apare și la vârsta infantilă, pe cînd *Emminghaus* susține că la această vîrstă, apar numai anumite forme ale bolilor psihice.

La scurt timp după ce în 1896 *Kraepelin* face prima delimitare a demenței precoce, *Sanctis de Sanctis* în 1905, publică primele cazuri de „demență precocissimă”. În 1911 se impune noțiunea de schizofrenie, după *Bleuler*, care în descrierile făcute pe adulți menționează că multe din cazurile de schizofrenie se pot urmări pînă în primii ani ai vieții.

În perioada ce a urmat acestor ani, preocupările pentru descrierea cît mai exactă a tabloului clinic al schizofreniei infantile au fost tot mai intense, fiind demne de menționat strădaniile lui *Homberger* (1930), *Mayer-Gross* (1932) și *Lutz* (1938) — cu monografia sa devenită clasică —, precum și *Tramer*, *Leonhard*, *Heuyer*, *Sucharava*, *Michaux* etc.

De la descrierea demenței Heller se pune problema delimitării la copil a demențelor organice și a pseudodemenței schizofrenice.

Deși s-au făcut încercări multiple, nici pînă astăzi nu s-a ajuns la o concepție unitară asupra schizofreniei infantile, aceasta în special datorită faptului că la copil se vorbește mai mult de un dinamism evolutiv, decît de un dinamism clinic, fixat o dată pentru toți.

După *Diatkine* și *Stein* (1957) se disting două mari curente, care au limite ce se pot întretaia:

1. În Europa, există o delimitare strictă a tabloului clinic de schizofrenie infantilă, legată de descrierile lui *Lutz*, *Heuyer*.

2. În America, prin lucrările lui *Despert* (1938) se face o înglobare într-un tablou comun a stărilor psihotice în general și a celor corespunzînd schizofreniei infantile. *Kanner* (1942—43), prin referințele sale la tezele constituționaliste, descrie un sindrom particular „autismul infantil precoce”. *Lauretta Bender* (1953) și *Margaret Mahler* (1952), insistă de asemenea asupra factorilor constituționali, descriind tablouri particulare la psihoticii infantili, iar *Binswanger* (1945), încearcă să facă o legătură a stărilor psihotice ale copilului cu schizofrenia adultului, prin analiza existențialistă a bolnavilor săi adulți, în perioadele copilăriei lor.

La congresul de pedopsihiatrie de la Zürich (1957), *Heuyer* definește schizofrenia infantilă ca „o psihoză cu evoluție cronică fără caracter demențial primitiv, caracterizată prin pierderea contactului cu realitatea și organizarea unei existențe autistice, marcată prin fenomene specifice de regresiuine și tradusă prin disociație”.

* Lucrarea comunicată la U.S.S.M., Filiala Mures, secția Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie, în ședința din 26 XI 1970

Schizofrenia e rară în copilărie, dar prezintă probleme grave mai ales sub aspectul evolutiv, motiv pentru care merită o aprofundare atentă.

Pedopsihiatri de renume mondial au reușit să descrie tablourile clinice complete ale schizofreniei infantile, fapt care a fost posibil nu numai datorită progreselor făcute în domeniul cunoașterii maladiei, ci și prin achizițiile numeroase făcute în privința naturii profunde a copilului. Baza esențială a acestor cunoștințe a fost elaborată prin psihologia clasică a copilului și prin studiul dezvoltării sale, putându-se concluziona faptul că există o dependență specifică a procesului schizofrenic în raport cu vârsta copilului sau etapa de dezvoltare a acestuia.

Tabloul clinic al schizofreniei infantile

Deși mai există divergențe între autori în felul de a privi unele aspecte ale schizofreniei infantile, este unanim admisă existența unor simptome de bază sau cardinale și a unor simptome accesorii sau facultative. Boala apare sub o formă care caracterizează o anumită etapă de dezvoltare a copilului, astfel că o clasificare a schizofreniei copilului în forme clinice analoge cu ale adultului nu este posibilă. Abia la vârsta pubertății există un tablou clinic care amintește de cel al adultului.

La vârsta preșcolară simptomatologia psihozei are un conținut mult mai puțin bogat, aceasta pentru că gândirea nu este încă dezvoltată, afectivitatea este nediferențiată, voința și activitatea fiind încă fără independență, nu sînt capabile de-a produce fenomene morbide atît de diverse ca la copilul mai mare sau la adult.

Simptomul cel mai grav, cel care are cea mai mare greutate și care este prezent întotdeauna, este tulburarea în domeniul relațiilor, a contactului cu anturajul și mediul. Incetarea acestor relații și a sociabilității, fiind mai marcată și mai evidentă în cazurile în care relațiile cu mediul au fost bine dezvoltate. Ruperea relațiilor cu mediul se poate instala mai mult sau mai puțin brusc, avînd ca consecință încetarea treptată a tuturor formelor de relații cu sine însuși și cu mediul ambiant. Exteriorizarea, în tulburările de relație schizofrenice, se face prin tendința de izolare a micului bolnav și o încapsulare progresivă a personalității, cu tendințe de autizare. În diagnosticul schizofreniei se consideră că, încetarea relațiilor cu mediul este un criteriu important și general valabil, simptom care se impune observatorului chiar de la început. Evoluția tulburărilor de relații schizofrenice este în legătură cu factorul timp și cu faza de dezvoltare în care se găsește copilul. Dacă psihoza apare înainte de 3—4 ani, întreruperea relațiilor se exteriorizează mai ales sub formă de apatie, tendințe de manifestări negativiste din partea copilului, autism, cu dorința de a fi singur, lipsind în general prospețimea care caracterizează copilul. Ca o consecință a izolării, acesta nu mai răspunde la transferul afectiv, ceea ce adîncește autismul. Totuși, diagnosticul psihozei la această vîrstă este foarte dificil, fiind greu de a se delimita formele de comportament adecvate psihologice, față de cele neadecvate psihotice, dacă nu există simptome psihotice sigure, în sensul unor tulburări afective, un conținut neadecvat al gândirii, precum și tulburări de percepție.

Dacă tulburarea de relație apare la vârsta de 5—6 ani, aspectul ei este mai abrupt. Se exteriorizează prin întreruperea treptată a relațiilor cu mediul, o sărăcire a capacității de contact interuman, diminuarea bunei dispoziții caracteristice copilului, a firii sale deschise, precum și a impresiilor multiple din mediul ambiant, îngustarea intereselor și pretențiilor. Interesele anterioare se păstrează parțial, apar însă sub aspect bizar. Micul bolnav nu se retrage de lumea exterioară pentru a se adînceși în profunzimea vieții sale interioare, dar el dă impresia că necesitățile sale de relații cu alții sînt diminuate, epuizate, cel puțin pentru un anumit timp.

Spre deosebire de cel schizofrenic, la copilul nevrotic izolarea dă acestuia impresia unui copil inhibat și nemulțumit. Acest copil caută legături interumane, fără a le putea realiza, din cauza inhibiției interioare, motiv pentru care copilul resimte izolarea.

Tulburările de relație sînt simptome cardinale în diagnosticul schizofreniei și sînt întotdeauna mai impresionante decît la adult, deoarece la copilul normal necesitatea contactului cu ambianța este cu mult mai nemijlocită și mai vie decît la

adult. Consecințele acestei pierderi de contact sînt fatale pentru dezvoltarea psihică normală a copilului. Acumularea de cunoștințe și toate deprinderile se bazează, după cum se știe, pe relația cu lumea înconjurătoare și pe un schimb cu aceasta.

Lutz vorbește de „contacte substitutive“ care însă nu depășesc un aspect rudimentar, elementar, legate de obiceiuri de somn și de hrană. Drept contacte substitutive pot fi privite și regresivunile într-un comportament infantil, de exemplu enco-prezisul sau enurezisul, onania, mișcări stereotipe (jactatio capitis et corporis), pierderea manierelor la mîncare. Aceste contacte substitutive sînt mai ales prezente la schizofrenicii demenți. Există din partea unor autori tentația de a privi schizofrenia, din cauza simptomatologiei de mai sus, ca o psihoză de regresivune la trepte infantile precoce.

Tulburările de afectivitate sînt caracteristice schizofreniei copilului și apar precoce ca și tulburările de relație. Sub aspect psihopatologic se pot prezenta sub forma scăderii și lipsei de comunicație afectivă, sau prin inversiune afectivă, exteriorizată în comportamentul cu anturajul prin agresivitate, irascibilitate, comportament opoziționist, crize de minie. În prima fază de îmbolnăvire tulburările de afectivitate sînt încă slabe, însă pe măsura progresivunii bolii și mai ales a instalării autismului, apar reacții emoționale paradoxale, indiferență afectivă, irascibilitate crescută permanentă, care e capabilă să producă o epuizare fizică și psihică marcată și să culmineze într-o totală apatie. Un oarecare timp se pot menține contacte afective slabe cu persoanele din jur, de cele mai multe ori cu o singură persoană, însă acest lucru este uneori greu de apreciat, datorită lipsei posibilităților de exprimare verbală. Alterarea afectivă se manifestă pe măsura evoluției printr-o disociație de sentimente, cu euforii și tristeți nemotivate. Trăsături depresive reale, care se pot observa în schizofrenia adultului, nu apar de obicei în schizofrenia copilului, decît eventual în perioada pubertății, astfel că tentativele de sinucidere lipsesc în simptomatologia schizofreniei la copil.

Tulburările de vorbire aparțin simptomelor cardinale și nu lipsesc în decursul psihozei niciodată, mai ales dacă este vorba de îmbolnăviri înainte de vîrsta de 6 ani. Faptul că copiii bolnavi cu cît sînt mai mici, cu atît suferă de tulburări de vorbire mai marcate, este în direcță legătură cu labilitatea limbajului copilului. Din această cauză, pentru diferitele forme de tulburări de vorbire, vîrsta de îmbolnăvire este de o importanță majoră. Foarte greu este însă de hotărît, dacă o dezvoltare încetinită a vorbirii este deja exprimarea unei schizofrenii. Pentru diagnostic important este indicul anamnestic, din care să reiasă că un copil a vorbit din punct de vedere frazeologic ordonat, cu articulări corespunzătoare vîrstei lui, iar de la o anumită vîrstă apare o sistare a dezvoltării vorbirii și mai ales o înrăutățire în vorbirea articulată, precum și greșeli în exprimarea gramaticală. Astfel de opri în dezvoltarea vorbirii apar mai ales atunci cînd îmbolnăvirea apare la 3—4 ani, deci într-o perioadă cînd dezvoltarea normală a vorbirii suferă o diferențiere importantă. Între alte aspecte, din cadrul tulburărilor de vorbire mutismul poate avea ca substrat autismul, poate fi un simptom catatonie, sau de negativism. Ca și simptom opus mutismului, impulsivitatea în vorbire este de multe ori asociată cu emoții afective și alte forme de comportări impulsive. De asemenea, ca o tulburare de vorbire, avînd un substrat afectiv, se poate considera lipsa de modulație a vocii, exteriorizată într-o voce monotonă, ce merge paralel cu tocirea afectivă. Foarte greu de explicat este fonografismul, denumit astfel de *Tramer*, o stare caracteristică schizofreniei infantile, cînd în faptul că, copiii pot fixa din ceea ce li se spune cuvînt cu cuvînt, putînd reda identic, asemenea plăcilor de gramofon, imi-tînd chiar și tonalitatea, fără a exista însă o situație relațională. Caracteristic este și faptul că, copilul se întrerupe imediat ce este observat și reia în momentul cînd încetează observația, fiind un simptom ce aparține autismului. Fonografismul ține de simptomele patognomice schizofreniei copilului, în timp ce alte tulburări de vorbire (ecolalia, tulburări în vorbire articulată) se pot întîlni și în alte îmbolnăviri psihice infantile (oligofrenii, demențe Heller). Tot ca tulburări ale vorbirii se menționează: stereotipiile, ecolalia, verbigeratiile, perseverația, iar legate de tulburările de gîndire sînt incoerența verbală, exprimarea manierată, neologismele,

oprirea în vorbire, secundară barajului gândirii. Tulburările de vorbire de tip schizofrenic sînt supuse unor oscilații în copilărie, ele putînd să se schimbe des, dar pot să rămîină și în același fel, săptămîni—luni—ani de zile și să fie alternate de moduri de vorbire ordonate. Balbismul pasager poate fi și el întîlnit ca fenomen secundar tulburărilor de gîndire. O parte a tulburărilor de vorbire pot fi concomitente cu tulburări ale limbajului scris.

Tulburările gîndirii formale sînt foarte greu de apreciat dacă psihiza incepe la 3—4 ani, deoarece pînă la această vîrstă conținutul gîndirii are un net caracter concret. De la 6—7 ani incepe dezvoltarea gîndirii abstracte și abia la 12—13 ani gîndirea ia un aspect abstract-logic. Înainte de 6 ani, datorită autismului și barajului gîndirii, se poate observa mutismul; productivitatea proprie gîndirii este oprită, astfel că într-o fază avansată a bolii nu se mai poate vorbi de operațiuni ale gîndirii, ci numai de înșirarea de impresii din lumea înconjurătoare, nemijlocit luate. Alterarea inteligenței este legată și de perturbarea atenției și judecății, cu concentrarea uneori asupra unui singur domeniu, unde posibilitățile de memorare și atenție pot fi superioare (geografie, calcul, limbaj vioi). În stările psihotice reziduale prevalează gîndirea concretă. Tulburările gîndirii formale și în special barajul gîndirii, trebuie considerate tot ca simptome cardinale. Tulburările de conținut ale gîndirii, caracteristice pentru schizofrenia adultului (idei delirante, automatismul gîndirii), nu se găsesc incă la vîrsta micii copilării, deoarece acestea sînt legate de o gîndire imaginativ-abstractă. Idei obsesive se pot observa după 8—9 ani, avînd un conținut grotesc, legate de diferite obiecte și fiind înf țiate prin deformarea realității.

Dintre tulburările de percepție, halucinațiile joacă un rol mai puțin marcant, apărînd inconstant și relativ rar, astfel că trebuie considerate printre simptomele facultativ-accesorii. Corespunzător cu eidismul, mai bine dezvoltat în anii copilăriei, apar cu precădere halucinații optice și mai puțin acustice. De la vîrsta de 8—10 ani pot apare ambele în aceeași măsură. Cu cît copilul e mai mare, cu atît mai multe putem afla de la el referitor la conținutul halucinațiilor, al căror caracter străin il înfricoșează sau il afectează în mod deosebit, în funcție de conținutul halucinațiilor fiind anxios, neliniștit, stuporos. Acestea sînt legate mai ales de lumea poveștilor și animalelor. Spre deosebire de halucinațiile existente la vîrsta pubertății sau adultă, la copii ele au un caracter inconstant, o durată scurtă și un răsunet ulterior scurt, au un caracter imperativ slab, ceea ce înseamnă că ele determină modul de acțiune al copiilor într-o măsură mai mică, decît o fac halucinațiile la vîrsta adultă. Tulburările de percepție legate de modificările schemei corporale sînt și ele rare, iar atunci cînd există se referă la creșterea sau micșorarea corpului în totalitate.

Autismul apare în simptomatologia schizofreniei infantile într-o formă deosebit de plastică, mai ales la copiii între 6—10 (11) ani. Înainte de această vîrstă pe prim plan se găsește izolarea incoloră, într-o lume săracă în conținut, întrucît lumea retr ririlor este incă prea îngustă ca să ajungă la adevărata transpunere într-o lume închisiput . Lumea ireală în care se refugiază și trăiesc autiștii schizofrenici, echivalentă cu o lume de vis, mai intensă, mai colorată și mai bogată în conținut decît la adulți, apare la copiii mai mari, aceasta pentru că asocierea între fantezie și realitate este mai mare la copil decît la adult.

Tulburările de activitate: între acestea, simptomele catatonice, se pot și ele considera ca semne principale. Disputa în jurul catatoniei, ca o formă tipică a schizofreniei copilului, este la ora actuală foarte accentuată, deoarece *Leonhard* și elevii săi sînt de părere că ori ce imbolnăvire schizofrenică la vîrsta copilăriei ar fi o catatonie, în timp ce *Lutz* o consideră ca o formă de apariție rară. Aceste păreri opuse sînt împărtășite de mulți alți psihiatri. Astfel, adepți ai lui *Leonhard* sînt și: *Gradelskaia*, *Albatz*, *Suchareva*, *Ozerețki*, *Weihbradt* și *Vogt*, *Willinger*, *Tramer*, *Bradley*, *Kanner*. De asemenea, *Csiky* semnaleză frecvența catatoniei la vîrstele mai mari, manifestată insă nu sub forma inhibiției sau stuporii, ci a agitației-agresivității. Din contra, *L. Bender* consideră o raritate simpto-

mele catatonice, deși a diagnosticat un număr extrem de ridicat de schizofreni infantili. În afara simptomelor catatonice mai pot exista tulburări de activitate sub diferite forme de bizarerii, ca: acțiuni impulsive, mișcări automate și stereotipe, sărice în conținut, ticuri, hiperkinezii ale extremităților, grimase ale feței, reacții mimice inadecvate.

Toate categoriile de simptome menționate conlucrează la apariția fenomenelor de depersonalizare, manifestate prin tulburare în identificare, înainte de toate a propriei persoane în raport cu lumea exterioară, precum și reprezentări bizare ale anturajului. Tulburările de identificare reies și din imposibilitatea utilizării prenumelui „eu”, copilul vorbind deseori despre el ca despre a treia persoană. Unii copii întrebă jenați cine sint ei, neputându-și diferenția propria persoană de a celor din jur. În final se produce o destrămare progresivă a personalității, cu o dezvoltare ulterioară sterilă, bizară, insuficientă, incoordonată, cu o stare de conștiință alterată-stranie.

Forme clinice

În funcție de vîrsta copilului autorii americani descriu la sugari și la copiii mici următoarele forme:

— Autismul infantil precoce (sindromul *Kanner*), caracterizat prin autism, preocupări obsedante de a menține o ambianță neschimbată, tulburări de limbaj, cu absența comunicării.

— Psihoza simbiotică (*M. Mahler*), manifestată prin relații particulare cu mama, sub formă de parazitism de îmbrățișare, căutarea acută a simbiozei, raptusuri anxioase, colere violente, fenomene halucinante fantastice.

— Sindromul autismului Laurettei *Bender*: copilul este închistat, anxios, trăind cu frica față de nou și apariția neliniștei la izolarea față de obiectele familiare.

Pedopsihiatri europeni adaugă următoarele forme, legate de vîrstă:

— Forma dementială, observată la copilul între 2—4 ani, cu evoluție rapidă, deoarece realizează pe un creier imatur în 1—2 ani, ceea ce se realizează la adult într-o viață întreagă. În faza de demențiere copilul este inactiv, străin în anturajul său, se joacă singur cu miinile sale ca și cu un obiect, se balansează ritmic, își izbește capul cu violență, se automutilează, se masturbează deschis, devine encoptic incapabil de-a se hrăni singur. În mod neprevăzut începe să urle, se bate, zgîrie pe cel ce se apropie de el.

— Schizofrenia simplă, apărînd la 4—7 ani, cu un debut brutal, cu sau fără cauză declanșantă, sau mult mai des insidios. În cîteva luni, se organizează o stare schizofrenică indubitabilă, cu autism, izolarea de realitate, diminuarea capacităților intelectuale și destrămarea treptată a personalității.

La cazurile urmărite în ultimii ani în clinica noastră, am observat o frecvență mai mare a formelor de schizofrenie cu predominanța autismului la vîrstele mici și a formelor heboide și catatonice la vîrstele mai mari.

În funcție de modul de debut, se descriu un debut acut, la copii pînă atunci normali, printr-o stare de agitație psiho-motrică, cu anxietate extremă, mai frecventă la copiii mai mari și puberi și un debut insidios, întretăiat în evoluție uneori de episoade acute.

Personalitatea premorbidă a viitorului schizofrenic are și ea de cele mai multe ori anumite caracteristici: copiii atrag atenția prin timiditate, sint sensibili și excitabili, alții au un contact limitat cu anturajul, întrerupt de grosolăniile episodice (*Vilinger*) sau aroganțe de neînțeles și farse stupide (*Homburger*).

Diagnostic diferențial

1. Se pune problema diferențierii schizofreniei, în primul rînd cu afecțiunile organice și demențele, această diferențiere fiind uneori dificilă în bolile acute. Diagnosticul necesită un examen somatic minuțios și un examen neurologic atent. Nu

este rar ca, tablourile de procese cerebrale acute inflamatorii, să fie dominate de simptome analoge celor întâlnite în schizofrenie și din care cauză sint denumite de *Villinger* „schizofrenoide“. Tulburările de percepție de origine veritabil schizofrenică, fiind rar observate la copiii mici în special, în prezența lor, se poate spune că suferă de o boală infecțioasă, delir febril sau în general de o boală somatică și nu de o schizofrenie.

2. Debilitatea mentală necesită considerațiuni speciale în diagnosticul diferențial. În stările terminale de schizofrenie foarte precoce, tabloul clinic este mult asemănător cu al debilităților grave. Și mai dificilă este separarea simptomelor intricate de debilitate și schizofrenie, cind aceasta din urmă se grezează pe un teren de ariează.

3. Nevrozele la copilul mic îmbracă de obicei un tablou monosimptomatic și chiar în cazul unui tablou nevrotic mai complex, nu este prezentă dezinsertia socială și destrămarea personalității.

4. Dezvoltările dizarmonice de caracter se pot diferenția de schizofrenie prin faptul că în primele, comportamentul inadecvat nu îmbracă aspectul de bizar și inexplicabil ca în schizofrenie.

Frecvența statistică a psihozei este de 1 % în raport cu totalitatea schizofreniilor (un copil la 10 000 de locuitori).

Evoluția și prognosticul

Previziunile evolutive în schizofrenia care debutează înainte de 10 ani sint în majoritate nefavorabile. În formele ușoare, apărute la vârsta școlară, poate exista vindecare. *Stutte* într-o anchetă făcută pe 51 de copii, găsește în 41 % remisii; la 14 bolnavi sub 10 ani, unul singur s-a vindecat, doi au putut fi social readaptați. Aceasta este o probă că schizofrenia sub vârsta de 10 ani, are un prognostic nefavorabil.

Problema etiologică a fost în ultimii ani obiectul unor studii intense. Cauza esențială a bolii rămîne legată de o constituție ereditară și un teren fragilizat prin suferințe de natură somatică. Totuși s-a observat frecvent și uneori într-o manieră netă importanța factorilor mediului ambiant, atît în declanșarea, cît și în evoluția procesului schizofrenic. Supoziția interacțiunii acestor factori, precum și a sensibilizării creierului prin suferințe organice, a fost ridicată de mulți cercetători.

Mijloace terapeutice

În general sint cele utilizate la adulți: cura de șoc, psihofarmacologia și în plus — educația specială.

Electroșocul și insulinoterapia pot scurta un puseu al bolii, eventual împiedica o recidivă, însă nu aduc decît arareori vindecarea. Medicamentele psihotrope se utilizează cu rezultate bune, în funcție de forma clinică și sindromul dominant, putîndu-se face și asocieri medicamentoase cu doze mici de diferite neuroleptice fenotiazinice, butirofenone, cu rezultate și efecte optime.

Psihoterapia de joc, efectuată cu grupe mici de bolnavi, se face în cadrul unei pedagogii curative raționale. Bolnavul este permanent solicitat prin mijloace adecvate de a părăsi lumea sa imaginară și izolarea sa, reușindu-se astfel o anumită integrare. Ca o rezultantă favorabilă a acesteia, copiii pot să lege relații sociale și se efectueze anumite munci.

Sosit la redacție: 18 noiembrie 1970.

Bibliografie

1. BENOIT G.: Conferences de psychiatrie, fasc. 9, Ed. Doin, Paris, 1968, 84;
2. BLAU A.: The Nature of Childhood Schizophrenia. Comunicare la al III-lea Congr. mond. de psihiatrie (Montreal 1961). Vol. II al comunicărilor, p. 1336;
3. BRILL N. Q.: Arch. Gen. Psychiat. (1965), 12 6, 7, 545;
4. CSIKY K.: Stările psihopatoide. Comunicare la a II-a Conf. națională de psihiatrie, București, noiembrie

1969; 5. DES LAURIERS A.: Arch. Gen. Psychiat. (1967), 16/3, 194; 6. DESTUNIS G.: Psychiat. Neurol. Med. Psychol. (1967), 19/6, 201; 7. DUDEK S. Z.: J. Nerv. Men. Dis. (1969), 148/5, 515; 8. EDWARDS F.: Year Book of Neurol. Psychiat. and Neurosurg., Series 1965—66 p. 381; 9. EY H., BERNARD P., BRISSET CH.: Manuel de psychiatrie, Ed. Masson, Paris 1967, 184; 10. EY H.: Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, (1955), 37, 283; A 10, 11; 11. FORREST A. D., HEY A. J., KUSHNER A. W.: Brit. J. Psychiat. (1969), 115/524, 833; 12. GAYRAL L.: Précis de psychiatrie, Ed. J. B. Baillier, Paris, 351; 13. GITTELMAN M., BIRCH G. H.: Arch. Gen. Psychiat. (1967), 17/10, 16; 14. GOLDFARB W.: J. Hillside Hosp. (1967), 16/3, 53; 15. GREEN A. H.: Arch. Gen. Psychiat. (1967), 17/8, 234; 16. GUTTIEREZ G.: Arch. Neurobiol. (1968), 32/1, 51; 17. HAYS P.: New Horizons in Psychiatry, Penguin Books, Baltimore, 1964, 242; 18. HEUER G.: Introduction à la psychiatrie infantile, P.U.F., 1952; 19. JENKINS R. L.: Nervenarzt. (1969), 40/5, 197; 20. KANNER L.: Acta paedopsychiat. (1969), 36/1, 2, 2; 21. KOZLOVA J.: Zh. Nevropat. Psikhiat. Korsakov (1967), 67/10, 1516; 22. KURTIS L. B.: Int. J. Neuropsychiat. (1966), 2/8, 298; 23. LEONBERG J. S., BOK J. B.: Dis. Syst. Nerv. (1967), 28/10, 686; 24. LUTZ J.: Psychiatrie infantile (1965), 232; 25. MACKAY J., BIGRAS J.: Canad. Psychiat. Ass. J. (1967), 12/3, 305; 26. MAHLER MARGARET: Rev. Psicoanal. (1969), 26/1, 201; 27. MAYER-GROSS W.: Clinical Psychiatry, Ed. Cassel and Co., London, 1955, 506; 28. MICHAUX L.: Psychiatrie, 1965, Ed. Flammarion, Paris, 1965, 795; 29. MNOUKHINE S. S., ZELENETSKAIA A. E., ISSAEV D. N.: Zh. Nevropat. Psikhiat. Korsakov (1967), 67/10, 1501; 30. MOOR L.: Monographie de psychologie médicale appliquée à la neuropsychiatrie infantile. L'expansion scientifique française, 1962; 31. PIAGET J.: Le développement de l'enfant. Comunicare la al III-lea Congr. mond. de psihiatie (Montreal, 1961), Vol. I. al comunicărilor, 3; 32. POROT A.: Manuel alphabétique de psychiatrie, P.U.F., 1966, 501; 33. ROSENBERG C. M.: Brit. J. Psychiat. (1969), 115/525, 907; 34. SANKAR S., GOLD E., PHIPPS E.: Biochemical Studies on Schizophrenic Children. Comunicare la al III-lea Cong. mond. de psihiatie (Montreal, 1961). Vol. I al comunicărilor, p. 610; 35. SHAPIRO T., FISHB: J. Amer. Acad. Child. Psychiat. (1969), 8/1, 36; 36. SPIEL W.: Die endogenen Psychosen des Kindes und Jugendalters, 1967; 37. ȘTEFAN MARGARETA: Lecții de psihiatie (Schizofrenia infantilă), Vol. II. I.P.S.M., București, 1964, 325; 38. SULESTROWSKA H.: Psychiat. Pol. (1969), 3/1, 11; 39. SOROSKY A.: Arch. Gen. Psychiat. (1968), 18 4, 439; 40. SYM M.: Guide to Psychiatry, Ed. William Thomas-Springfield, 1968, 566; 41. WIECK C.: Schizophrenie im Kindesalter, S. Hirzel Verlag, Leipzig, 1965.