

## UNELE ASPECTE DE ANXIETATE ÎNTILNITE LA BOLNAVII VENIŢI PENTRU TRATAMENT BALNEAR LA BORSEC ÎN LUNA AUGUST 1970\*

dr. Gh. Grecu, dr. A. Zaharia, dr. Rodica Macrea

Anxietatea poate fi definită ca o tulburare a afectivităţii, o teamă fără subiect definit, caracterizată printr-o trăire dureroasă, o aşteptare penibilă. însoţită de sentimente de nesiguranţă, lipsă de hotărîre, la care se asociază variate tulburări neurovegetative cu o neplăcută senzaţie de disconfort interior. Pentru a înţelege anxietatea e bine să pornim de la ideea că ea este un fenomen natural, pe care individul îl trăieşte atunci cînd îşi simte valorile esenţiale ale existenţei sale nesigure şi ameninţate. Ea se deosebeşte de teamă — lucru confirmat şi de *Shemer* —, deoarece în stările de teamă individul este capabil să acţioneze fiind conştient de el, de capacitatea lui şi de împrejurările în care se află, căutînd să le rezolve în mod favorabil. Teama este un fenomen foarte frecvent şi nu constituie o manifestare patologică deşi comportă o parte de anxietate. Există o teamă primitivă, instinctuală, inconştientă, anterioară tuturor experienţelor personale şi o teamă secundară, conştientă, raţională, posterioară experienţei (*Ribot*). După *Janet* teama primitivă, „teama fără obiect” corespunde anxietăţii.

Anxietatea ca simptom sau sindrom a fost şi este interpretată destul de diferit, motiv pentru care nu există o definiţie precisă a acestei trăiri. Există o stare de anxietate uşoară pe care unii o socotesc normală, ea apare în perioada de scădere a forţei organismului, inerentă naturii fiinţei umane. De fapt optimismul şi curajul sînt expresii ale sănătăţii organismului uman intact din punct de vedere genetic, fizic şi psihic, constituind procese ce contribuie la realizarea personalităţii psihosomatice. Acest proces de realizare începe din copilărie şi este condiţionat de: starea sănătăţii şi armonia psihosomatică, care dă stabilitatea individului şi simţul propriei identităţi, spontaneitatea şi relaţiile interpersonale, concepţiile despre lume şi viaţă ale mediului în care se dezvoltă.

Factorii care favorizează apariţia anxietăţii sînt extrem de complecşi şi se pot rezuma la constrîngerile suferite de individ, instabilitate, nesiguranţă, izolare, ostilitatea mediului, cerinţele tot mai imperioase de adaptare la mediul social şi la evoluţia rapidă a ştiinţei şi tehnicii. La aceşti factori se adaugă şi calamităţile naturale şi sociale (războaie în diferite zone geografice, războiul rece, pericolul atomic, cutremure, inundaţii etc.). Se pare că datorită proliferării armelor nucleare trăim într-o epocă a anxietăţii. Factorii amintiţi mai sus sînt exogeni, dar în acelaşi timp se întîlnesc extrem de frecvent şi factori endogeni legaţi în mod direct de structura complexă a organismului uman printre care putem aminti majoritatea îmbolnăvirilor psihosomatice. Dintre maladiile organice anxiogene, putem enumera: cardiopatiile ischemice, boala astmatică, alte boli respiratorii, hipertiroidismul, leziunile cerebrale, traumatismele somatopsihice, nefropatiile, hepatocolecistopatiile, diabetul, boala ulceroasă, precum şi majoritatea bolilor psihice (în special stările depresive, psihastenia, confuziile mintale etc.). Există stări de anxietate în care bolnavul se plînge de o boală „indefinibilă” pe care medicii nu o confirmă, negăsind nici un substrat organic sau funcţional, motiv pentru care se consultă la zeci de medici, fiind dominat de nelinişte şi disperare.

Mulţi autori susţin că trăirile anxioase sînt mult mai frecvente în occident.

\* Lucrarea comunicată la U.S.S.M., Filiala Harghita, Cercul de referate Borsec, la 26 august 1970

Astfel *Rennie* (1957), studiind în mod statistic populația unui teritoriu din New York, afirmă că a întâlnit anxietatea la 75,5% din totalul populației respective.

De studiul anxietății s-au ocupat mulți autori, dintre care-l amintim pe *Kierkegaard*, care susține că anxietatea este un aspect inevitabil al existenței umane, delimitând anxietatea patologică pe care o consideră ca fiind aspectul nonexistenței și al lipsei de sens.

*Freud* afirmă că subconștientul are rolul preponderent în producerea anxietății patologice. Mulți consideră că anxietatea ia naștere în caz de frustrație sexuală, fiind legată de fixarea libidoului și de complexul lui OEDIP nerezolvat. *Goldstein* (1952) susține că anxietatea este produsă de o mulțime de elemente care duc la același efect, discrepanța între capacitățile individului și cerințele impuse. *Cannon* (1932) explică anxietatea printr-un mecanism biologic, ca o încercare de a stabili echilibrul homeostatic la un nou nivel, legat de cerințe și condiții noi. De fapt nu se pot separa aspectele somatice de cele psihice, iar reacțiile individului sînt determinate de dispoziția inițială a acestuia, în care sînt implicați factori biologici și psihici. Mecanismele homeostatice cer organismului reacții mai complexe, iar angajarea lui în diferite acțiuni implică sistemul hipotalamic-talamocortical și legăturile reticulotalamicocorticale, precum și sistemul medulohipotalamic și neurovegetativ.

*Gerard* (1951), susține că nevroza și anxietatea sînt rezultatul unor relații nefericite ale individului cu mediul inconjurător, mai mult decît cu cel ereditar. *Seward* (1956) subliniază importanța ambivalenței în mediul familial: dragoste exagerată manifestată doar prin vorbe și gesturi, în timp ce în spatele lor se ascunde indiferența, repulsiia sau chiar ostilitatea; dominarea familiei de unul din părinți care se consideră centru de autoritate și afecțiune, rol pe care în mod rigid vrea să-l mențină neștirbit, dar care duce pe lingă conflictul dintre soți și la apariția unui nou conflict între copii și părinți, conflict dominat de cele mai multe ori de anxietate și nevroză. *Levy* (1950), este de părere că traumatismele fizice și psihice, precum și schimbările bruște de mediu favorizează apariția anxietății. *Kelman* (1957) arată că frustrarea străduințelor la copii, împiedică dezvoltarea personalității lor și a putinței de a fi ei înșiși, creînd raporturi ostile între părinți și copii. *Horney* (1950) este de părere că frustrarea și raporturile ostile dintre părinți și copii constituie punctul de plecare al dezvoltării „anxietății de bază”. Această anxietate de bază pătrunde în toate relațiile copilului cu mediul, ceea ce creează și o tendință de luptă continuă pentru a-și impune punctul de vedere și pentru a domina pe cei din jur, dar în momentul în care aceste tendințe de dominare sînt limitate, individul devine anxios, ceea ce duce la dezvoltarea unor personalități individualiste, lipsite de inițiativă și spontaneitate.

Acomodarea biologică și socială a individului este determinată în diferite grade de factorii ereditari, de factorii legați de viața intrauterină, de diferite boli, de o dezvoltare psihosomatică armonioasă, de diferite stări emoționale plăcute sau neplăcute, chiar și de atitudinile emoționale din viața familială. Precum și de modul de educare și normele etico-morale de convețuire în societate. *Michaux* (1967), într-o analiză mai fină, afirmă că anxioșii prezintă o disonanță dureroasă ideo-afectivă și socială (prezentînd averseiune pentru bucuriile altora), o susceptibilitate emoțivă, autosugestie exagerată, refugiu în trecut („paradisul pierdut”), egocentrism, căutarea altor anxioși (întîlnindu-se frecvente căsătorii între ei). El leagă aceste trăsături de anxietatea constituțională, care în unele condiții nefavorabile poate evolua spre stări grave de anxietate. *Garb* și colab. (1957), ocupîndu-se de aspectele chimice ale anxietății au constatat existența unei amine, care diferă ca structură de adrenalină și noradrenalină, amină capabilă să producă în mod experimental anxietatea. Ei susțin că această amină este intermediarul chimic al anxietății.

Rezumativ se poate afirma că, anxietatea se datorește încercărilor organismului de a se integra și adapta unor noi condiții neprielnice endogene sau exogene, trăite subiectiv de bolnav ca un pericol pentru existența sa.

În lucrarea noastră nu vom aminti clasificările încercate de diferiți autori, cu excepția anxietății acute, frecvent întâlnită la indivizii suferinzi. În această formă de anxietate manifestările sînt mai spontane și intense, asemănătoare unei furtuni de scurtă durată. Crizele de anxietate pot îmbrăca aspecte de: stupeoare, agitație, onirism, perplexitate, în unele cazuri putînd duce la acte impulsive de sinucideri sau agresivitate. Stări anxioase grave se întîlnesc frecvent în: melancolie, psihastenie, confuzii mintale (mai ales în cele onirice), schizofrenii și altele.

În general, anxietatea se manifestă clinic printr-o varietate enormă de simptome, dar fiecare individ are modul său caracteristic de a o simți și descrie. Bolnavii se plîng de o tensiune ridicată interioară și în mușchii scheletici, cu anchilozare, crampe musculare și fibrilații, frisoane, valuri de căldură, slăbirea forțelor fizice, scăderea capacității intelectuale, instabilitatea vocii, palpitații, tahicardie, aritmie, extrasistole, constricție și presiune precardiacă, paloare, leșin, puls accelerat, răcirea extremităților, acuze cenestezice cu senzații penibile de disconfort interior, grețuri, inapetență, bradipnee sau tahipnee, uneori senzația de sufocare cu constricția căilor respiratorii superioare. Simptomele de natură nervoasă și endocrină se manifestă prin tremurături, transpirații, uscarea mucoaselor, neliniște, agitație, instabilitate motorie, senzație de defecare, de urinare și o stare de tensiune psihică asupra căreia de cele mai multe ori planează frica de moarte. În aceste stări bolnavii prezintă în somnii rebele. În centrul anxietății nevrotice se află sentimentul lipsei și imposibilității de a fi ajutat, înstrăinare de propriul său „EU”, ceea ce duce și la o scădere a capacității sale de cooperare cu cei din jur, care de cele mai multe ori sînt teroriizați de numeroasele acuze ale bolnavilor anxioși.

Ne-am ocupat în general de anxietate și ne vom referi în continuare la unele cazuri cu boli organice venite pentru tratament balneoclimateric în stațiunea Borsec, dar în al căror tablou simptomatic era prezentă și anxietatea. Din cei 315 bolnavi suferind de variate afecțiuni cardiocirculatorii (miocardopatii, hipertensiune și arteroscleroză), nevroze, hipertiroidism, hepatocolecistopatii, boală astmatică, gastro-duodenală, nefropatii, diabet și altele, am constatat la 42,1% (adică la 133) prezența anxietății, de la forme ușoare de teamă și neliniște, pînă la crize acute de anxietate. În bolile amintite mai sus, tabloul clinic al bolii de bază era acompaniat de o mulțime de simptome psihosomatice caracteristice anxietății (tremurături, neliniște motorie și interioară, frecarea mîinilor, mimică crispată, privire speriată, transpirații reci, paliditate, amar în gură, uscarea mucoaselor, tahicardie, puls accelerat, senzații neplăcute în întregul organism, însoțite în special de disperare și teamă de moarte). De fapt în antecedentele personale ale acestor bolnavi preexista o anxietate ușoară sau moderată, dar care a fost exacerbată în primul rînd de schimbarea bruscă a unui mediu la care erau adaptați, cu un alt mediu deosebit prin factorii săi de climă, la care organismul trebuia să se adapteze rapid. Pe lîngă aceasta, schimbarea mediului familial, era însoțită concomitent de oboseala călătoriei, incomoditatea și eforturile făcute în cursul acesteia, cărora li se asociază după sosirea în stațiune probleme noi și urgente, legate de cazare, alimentare, consult medical și indicații terapeutice, ceea ce necesită de multe ori timp și un oarecare consum de energie, precum și răbdare în așteptarea rezolvării lor. Nu trebuie omis faptul că acești bolnavi prezintă diferite afecțiuni somatopsihice, care duc la scăderea capacității lor de adaptare rapidă la mediu. Datorită factorilor de mai sus la 63% din bolnavii anxioși am constatat o creștere a T.A. (maxima cu 20—50 mmHg, iar minima cu 10—30 mmHg). Acest fenomen l-am întîlnit mai frecvent la bolnavii hipertensivi, arteriosclerotici, precum și în alte îmbolnăviri. De fapt cei 133 de bolnavi la care era prezentă și anxietatea au fost constituiți din:

- bolnavi cu diferite cardiopatii (hipertensiune, arteroscleroză etc.) 39%
- bolnavi cu diferite forme de nevroze . . . . . 21%
- bolnavi cu hipertiroidism . . . . . 15%

- bolnavi cu hepatocolecistopatii	8%
- bolnavi cu gastroduodenite (b. ulcerosă)	6%
- bolnavi cu diabet	4%
- bolnavi cu boală astmatică	4%
- bolnavi cu nefropatii	3%

În maladiile cardiovasculare pe lângă starea de anxietate și numeroase fobii, bolnavii prezentau: cefalee de variate aspecte și intensități, vîjiituri în urechi, insomnie, oboseală, tulburări de ritm cardiac, presiune dureroasă cu înțepături precardiace, uneori senzația unei „inimi prinse în clește“, la care se asocia irascibilitatea și o stare ușoară de neliniște psihomotorie. Fobiile legate de diversele maladii, situații, obiecte și fenomene au fost întilnite la 26,6% din bolnavii anxioși, ele constituind sentimente angoasante de care, cu toate eforturile raționale și logice justificate atît din partea bolnavului cît și a celor din jur, bolnavii nu puteau scăpa. De fapt ideile obsesivofobice au întotdeauna un caracter irațional, iar la aceiași bolnav se pot întilni mai multe fobii asociate, putînd domina cînd una cînd alta din ele. Anxietatea și fobiile paralizază psihicul și în special logica și voința bolnavului. Cele mai frecvente fobii întilnite la bolnavii noștri au fost tanatofobia (22), anginofobia (9), algofobia (8), nozofobia (8), cancerofobia (4), hematofobia (3), higrofobia (3), patroirofobia (2), anemofobia (1), hilofobia (1), nictofobia (1), hipnofobia (1), farmacofobia (1) și mizofobia (1).

În general atît efortul de acomodare cît și fobiile însoțite de trăiri emoționale neplăcute sînt însoțite de o activitate crescută din partea întregului organism, producîndu-se o revărsare masivă de amine simpaticomimetice, care produc o vasodilatare coronariană și o hiperactivitate cardiacă. În bolile la care se asociază anxietatea (și fobia) acomodarea la noile condiții de mediu se face mai dificil, dificultate care la rîndul ei accentuează și mai mult anxietatea.

Fenomene asemănătoare s-au întilnit și în cazul bolnavilor cu hipertiroidism și nevroze, la care tremurăturile, irascibilitatea, transpirația, senzația de nod în gît, tulburările de ritm cardiac, palpitațiile și extrasistolele, precum și senzația de imposibilitate respiratorie erau mai frecvente. La bolnavii diabetici anxietatea era accentuată de nerespectarea regimului alimentar, de nerespectarea modului de administrare a insulinei, precum și de diversele eforturi care favorizau apariția unei stări de hipoglicemie.

În unele cazuri anxietatea se manifestă chiar sub forma unor crize acute (angoasă). Asemenea manifestări am întilnit în 3 cazuri de boală astmatică, 4 cazuri de cardiopatii ischemice, în 3 cazuri de psihastenie și în 2 cazuri cu colici biliare.

În continuare vom prezenta rezumativ două din cazurile cu anxietate acută: I. C. D., bărbat, 56 de ani (F.O. 7242 1970), funcționar. În antecedentele sale eredocolaterale există 2 cazuri de arterioscleroză cerebrală. Bolnavul era un om capabil și conștiincios la locul de muncă. În jurul vîrstei de 50 de ani, bolnavul a devenit mai emotiv și în special plîngea repede la stimuli negativi sau pozitivi, chiar de intensitate minoră. În acea perioadă se mai plîngea de insomnie, vîjiituri în urechi, scăderea capacității de muncă, scăderea memoriei, motiv pentru care trebuia să-și scrie pe hîrtie problemele ce-i reveneau pentru rezolvare.

Examinările clinice și de laborator au stabilit diagnosticul de boală hipertonică și arterioscleroză cerebrală incipientă. Odată stabilit acest diagnostic, cît și mai ales pentru faptul că o rudă apropiată a decedat printr-un accident vascular cerebral (suferind de aceeași boală), bolnavul a devenit și anxios. De atunci este dispensarizat și respectă prescripțiile medicamentoase, igienodietetice și balneare.

Sosind în Borsec pentru tratament balnear, bolnavul ne relatează că la plecarea din București s-a simțit bineșor și că avea T.A. de 15 8 mmHg, pulsul

78 minut, în timp ce la Borsec se simte mai rău, prezentînd o senzație de constricție și durere precardiacă, amețeli (anginofobie, nozofobie, patroirofobie și tanatofobie), simptome care i-au exacerbât anxietatea.

La primul control medical (în prima zi) în Borsec, T.A. era de 18/9, iar pulsul de 86 minut, a doua zi T.A. era de 21/10, iar pulsul de 92 minut. Desigur că creșterea T.A. era favorizată în mare parte de anxietate, dominată de teama unei morți prin hemoragie cerebrală. Această criză de anxietate acută l-a determinat pe bolnav să părăsească stațiunea.

Al doilea caz, A. P., 37 de ani, fotoreporter, trimis în stațiune cu diagnosticul de nevroză astenică (de fapt era o psihastenie trenantă), prezenta la fel o anxietate extrem de pronunțată, cu elemente obsesivofobice foarte evidente (higrofobie, hipnofobie, farmacofobie, tanatofobie, anginofobie, nozofobie și astenofobie). T.A. era de 15/7 mmHg, iar pulsul de 96 minut, bolnavul era neliniștit, prezenta tremurături, o paloare extremă, extremități reci, mucoase uscate, voce răgușită, senzație de sufocare și hăituială, palpitații, amar în gură, mimică crispată, privire speriată, agitație psihomotorie moderată, fiind dominat de ideea unei nenorociri fatale, nedefinibile, iminente, care-l urmărește pas cu pas. Cu toate insistențele, bolnavul a refuzat orice tratament și a părăsit stațiunea.

La 91,8%, din cei 133 de bolnavi, anxietatea s-a prezentat sub o formă ușoară sau medie, care a cedat în mare măsură la un tratament anxiolitic, sedativ și psihoterapie. În acest sens putem aminti și faptul că bolnavii care au venit însoțiți de cineva din familie sau de prieteni s-au acomodat mult mai ușor.

Dintre bolnavii cu anxietate moderată vom rezuma un singur caz:

P. N., 58 de ani, zidar (F.O. 7841 1970), suferind de o stenoză mitrală și reumatism cronic. În antecedentele erodocolaterale și personale nu se evidențiază elemente de importanță patologică cu excepția unui reumatism acut (Sokolski—Bouillaud), de care a suferit în jurul vârstei de 15 ani. Cardiopatia de care suferă din copilărie l-a făcut să fie mai retras și să prezinte o teamă de moarte (prin decompensare cardiocirculatorie), motiv pentru care a fost și este în permanență preocupat de această boală, devenind în ultima vreme foarte sensibil și irascibil, trist și moderat anxios. La plecarea din București T.A. era de 17/9 mmHg, dar la 3 zile după sosire în Borsec prezenta o T.A. de 19/10, tahicardie, extrasistole dureri precardiace, nictofobie, hipnofobie și tanatofobie, acuze care l-au făcut să devină anxios, solicitînd de 3—4 ori pe zi consultul medicului. După un tratament cu cardiotonice, anxiolitice, hipnotice și psihoterapie, starea bolnavului s-a ameliorat, reușind să-și continue tratamentul balnear prescris cu multă atenție și individualizat la starea lui somatopsihică.

Cazurile de mai sus, precum și altele, ne impun o concluzie care se referă la dorința ca bolnavii trimiși în stațiune să fie anterior tratați medicamentos și psihoterapeutic, astfel ca în stațiune să ajungă într-o stare de „relativă remisie” care în condițiile balneoclimaterice să poată fi consolidată. În atare condiții tratamentul balneoclimateric poate avea rezultatul scontat de ameliorare și reeștigarea capacității de muncă a bolnavilor.

În general diagnosticul stărilor de anxietate a fost stabilit pe baza manifestărilor caracteristice anxietății, ținînd cont și de simptomatologia bolilor organice sau psihice pe fondul cărora au apărut. Nu trebuie uitat faptul că anxietatea agravează într-o măsură însemnată bolile somatopsihice, reducînd extrem de mult capacitatea de adaptare a individului la noile condiții. Uneori o criză acută de anxietate poate decompensa o boală somatică sau psihică, putînd să ducă chiar la un deznodămînt fatal.

În condițiile suferințelor miocardicoronariene și a altor boli organice sau psihice, anxietatea se poate întîlni destul de frecvent, dar ea nu este întotdeauna constantă. De multe ori pacientul prezintă numai o senzație de anxietate la efort (fie chiar extrem de mic), care-l obligă să-și întrerupă activitatea,

iar o parte din ei chiar să-și plaseze palma asupra regiunii precardiace, în special atunci când există și o irigare coronariană insuficientă cu fenomene de ischemie.

La bolnavii urmăriti de noi, anxietatea a fost mai pronunțată în primele 3—4 zile, dar pe măsură ce se creau cunoștințe și relații interpersonale noi, în special cu personalul medical și după ce se acomodau cu clima și suportau cu bine primele proceduri terapeutice (specifice stațiunii Borsec), tensiunea lor anxioasă scădea treptat. Bolnavii cu anxietate constituie un grup care apelează cel mai frecvent la serviciile cabinetelor medicale, pentru a li se verifica toate senzațiile neplăcute și în special cordul, T.A., pulsul și altele.

Prevenirea anxietății e bine să înceapă o dată cu închegarea familiei, în care copiii să fie crescuți în condiții optime de dezvoltare psihosomatică, fără exagerări extremiste. În același timp se recomandă evitarea toxicelor și a tramatismelor psihice și fizice de orice natură.

O dată cu instalarea anxietății în bolile organice și psihice, măsurile de înlăturare se pot rezuma la o medicație corespunzătoare acestor boli, la care se vor asocia anxiolitice (diazepam, napoton, levomepromazină și eventual hipnotice pentru ca bolnavul să se poată odihni suficient) și psihoterapie. Procedurile de fizioterapie sînt de asemenea de mare utilitate terapeutului, dar cu condiția utilizării lor în scopul sedării și reconfortării bolnavului.

*Sosit la redacție: 1 septembrie 1971.*

#### Bibliografie

1. ALEXANDER F.: Médecine psychosomatique. Ed. Payot, Paris, 1967; 2. BINI L., BAZZI T.: Trattato di Psichiatria. Ed. Francesco Vallardi, Milano, 1967; 3. BOUTONIER JULIETTA: L'angoisse. Presses Univ. France, Paris, 1945; 4. CANNON W. B.: The Wisdom of the Body, Ed. Norton, New York, 1932; 5. DEVAUX A., LOGRE B. S.: Les anxieux. Ed. Masson, Paris, 1927; 6. ELKINS K. U.: Bolile psihice (în: Elemente practice de diagnostic și tratament. Ed. BRAINERD H., MARGEN S., CHATTON J. M.). Ed. Med., București, 1967, 874; 7. EY H., BERNARD P., BRISSET CH.: Manuel de Psychiatrie. Ed. Masson, Paris, 1967; 8. EY H.: L'anxiété morbide. Ed. Desclée de Brouwer, Paris, 1950; 9. FREUD S.: Introduction à la Psychoanalyse. Ed. Payot, Paris, 1968, 370; 10. FULLER L. J.: Motivation a biological perspective. Ed. Random. New-York, 1968, 47; 11. GARB S., TIWARI N. M., CHAPMAN L. F.: Amer. J. Psychiat. (1957), 113, 740; 12. GERARD R. W.: Amer. J. Psychiat. (1961), 108, 426; 13. GOLDSTEIN K.: Amer. J. Psychoanal. (1952), 12, 89; 14. HOWARD P. R., DAVID B. R.: Amer. Handbook of Psychiatry. Ed. Basic Books, New-York, 1967, 2, 1260; 15. HORNEY K.: Neurosis and Human Growth. Ed. Norton, New-York, 1950; 16. KELEMEN H.: Amer. J. Psychoanal. (1957), 17, 127; 17. KLEIN F. D., DAVIS M. J.: Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric-Disorders. Ed. Williams et Wilkins, Baltimore, 1969; 18. KOLB C. LAWRENCE: Noyes Modern Clinical Psychiatry. Ed. Saunders, London, 1968; 19. LEVY D. M.: On Evaluating the Specific Event as a Source of Anxiety. in: HOCH P. H., ZUBIN J. (Eds): Anxiety, Ed. Grune, New York, 1950; 20. MATTE-BLANCO I.: Psychiat. Research Repts. (1955), 2, A.P.A.; 21. MICHAUX L.: Psychiatrie. Ed. Flammarion, Paris, 1969; 22. MAYER-GROSS: Clinical Psychiatry. Ed. Cassell, London, 1960; 23. MYRE SIM: Guito to Psychiatry. Ed. E. et S. Livingstone London, 1963; 24. POROT A.: Manuel alphabétique de psychiatrie. Presses Univ. France, Paris, 1969; 25. PORTONROY I.: The Anxiety States. in: Amer. Handbook of Psychiatry. Ed. Basic Books, New York, 1967, 1, 307; 26. PORTNOV A., FEDOTOV D.: Psychiatry. Ed. Mir., Moscova, 1969; 27. PREDESCU V.: Terapia psihotropă. Ed. Med., București, 1968; 28. RENNIE T.A.C., SROLE L., OPLER M. K., LANKNER T. S.: Amer. J. Psychiat. (1957), 113, 831; 29. SEWARD G.: Psychotherapy and Culture Conflict. Ed. Ronald, New York, 1956; 30. SHEINER S.: The Fear of Anxiety. The Auxiliary Council to the Association for the Advancement of Psychoanalysis, New York, 1953.