

**CONSIDERAȚIUNI
ASUPRA
FUGILOR PATOLOGICE**



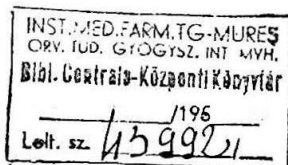
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 14 FEBRUARIE 1935

DE

23 MAY 1935

AUGUSTIN DAVID

FOST MEDIC AUXILIAR



CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. GH. MARTINESCU.

Profesori :

Clinica stomatologică (agr.)	Prof. Dr'	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei (agr.)	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Bolez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Buzoianu G.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	Supl.	<i>Zugravu Gh.</i>
" ginecologică și obstetricală	Prof.	<i>Grigoriu Cr.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare	" "	<i>Kernbach M.</i>
Medicina legală	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" "	<i>Michail D.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Minea I.</i>
" neurologică	" "	<i>Moldovan I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Negru D.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Farmacia chimică și galenică	" "	<i>Papilian V.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Fiziologia umană	" "	<i>Sturza M.</i>
Balneologie	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Țeposu E.</i>
" urologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Vasiliu T.</i>
Anatomia patologică	" "	

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : Domnul Prof. Dr. *C. I. Urechia*

Membrii :	}	Domnul Prof. Dr. <i>I. Hațieganu</i>
		" " " <i>V. Papilian</i>
		" " " <i>V. Bologa</i>
		" " " <i>M. Kernbach</i>

Supleant : Domnul Doc. Dr. *N. Nichita*

Introducere.

Problema fugilor patologice în deceniile trecute s'a bucurat de atențiunea unei serii întregi de autori care au îmbogățit literatura psihiatrică cu un număr considerabil de lucrări, leze și observațiuni clinice; în plus ea a fost pusă la ordinea de zi a congreselor de specialitate. Observatorii tuturor timpurilor au fost impresionați de caracterele acestui simptom care oferă particularități semiologice și variante din cele mai curioase parcurgând un teren patologic foarte vast încât unii la un moment dat au formulat bănuiala că fuga prin ea în-suși, ar putea constitui o maladie specială, un fel de monomanie. Această concepțiune a fost combătută cu multă autoritate între alții de către *Aschaffenburg* și *Reichardt*, și a căzut.

Actualmente fuga este considerată ca o tulburare al activității voluntare sau al psihomotilității, — este o impulsivune, un simptom, un act automat cu caracter de acces, care determină pe bolnav să întreprindă o activitate ambulatorie, o deplasare, o disparițiune din mediul său obișnuit, a cărei durată este limitată, spre deosebire de vagabondaj, a cărui durată este nelimitată.

Dacă în trecut au dominat concepțiuni clinice și psihologice asupra acestui subiect, care au fost dezvoltate și comentate în așa măsură încât puține lucruri sunt de adaos, nu este mai puțin adevărat că aceste discipline prin forțele lor proprii nu rezolvă problema deoarece fiziologia, reflexele condiționate, psihanaliza și anatomia patologică contribuiesc cu fapte care deschid discuțiunea asupra fugilor patologice și pun noi probleme care așteaptă răspunsul.

S'ar putea formula obiecțiunea că aceste discipline ne-ar duce la concluziuni contradictorii deoarece coordonarea lor este dificilă, iar pe de altă parte unii autori vor să stabilească o separațiune cât mai pronunțată între ele, în timp ce alți autori atunci când nu se izolează într'un unicism eclec-

tic și intransigent, utilizează unele metode într'un scop de explicare cu totul riscat:

Intr'adevăr, în starea actuală a psihiatriei moderne stau față în față mai multe ipoteze, susținute cu lărie de autorii lor. Astfel de *Morster* din școala elvețiană aruncă mănuașă în tabăra psihologilor, neagă noțiunile de conștient, inconștient și subconștient, și afirmă că în creier nu se pot localiza concepte psihologice, ci numai funcțiuni cerebrale. *Tinel* și *Delmas* opun psihanalizei reflexele condiționate a lui *Pavlov*, iar *Raymond* declară că terapia psihanalitică este o întoarcere la nivelul metodelor empirice. Intre timp psihanaliztii extremiști, care nu vor să admită că psihanaliza nu este altceva decât o metodă de investigație, văd totul prin prisma doctrinei lui Freud, instalează oficine peste tot, se organizează, fac propagandă și formează adevărate „trupe de asalt“ care sunt gata de replică la orice moment. Astfel *Stoddard* în Anglia scoate un tratat în care toate sindromele și maladiile psihatrice sunt privite numai din punct de vedere psihanalitic, iar unii psihanaliztii români se dedau la studiul poeziilor naționali, unde găsesc atâtea complexe, încât pare de necrezut că au putut crea opere nemuritoare; alții se ridică împotriva anatomiei patologice, vorbesc cu dispreț despre „artificiile de preparație“ și de „acțiunea mordanșilor“ asupra substanței nervoase, iar alții activitatea lor psihanalitică se reduce la faptul că se felicită reciproc și se citează în lucrări.

În schimb, grosul școlii franceze consideră metoda lui *Freud* și a lui *Adler*, ca un vânat nobil și rar care trebuie prins cu orice preț. Autoritatea adversarilor psihanalizei a fost așa de puternică în Franța încât unii autori au aderat numai cu rezervă, iar *Delmas* acuză pe *Hesnard* că a devenit „ortodox“ și nu îl cruță de unele ironii relativ la studiul său asupra homosexualilor.

Nu este mai puțin interesantă atitudinea oscilantă a lui *Stekel*, care a fost elevul lui *Freud*. Acesta s'a ridicat împotriva autorității paternale a maestrului său pe chestia nevrozei anxioase și a devenit „schismatic“ sau „dizident“. Dacă *Freud* cu o serenitate demnă de un maestru a iertat pe fiul său rățâcit, în schimb ucenicii au făcut uz de tot felul de arme scoase din arsenalul freudian și l'au hărțuit de câte ori au putut. Dar *Stekel* nu se mulțumește cu situația de dizident, ci în

1928 é pe punctul de a renunța la toată dogma freudiană, declară că există o criză în psihanaliză și nu mai crede în inconștient, deoarece după o experiență de 20 de ani a ajuns la concluzia că bolnavii merg acolo unde îi conduce medicul în decursul ședințelor. În schimb în 1933 manifestă un zel neobișnuit și la procesul Doamnei *Littké* (Budapesta, Febr. 1933) pretinde înființarea de dispensarii psihanalitice gratuite, funcționarea medicilor psihanalisti pe lângă Casele Cercuale și organizarea unor cursuri psihanalitice pentru învățători, profesori și magistrați cu condițiunea ca la aceste cursuri să nu se propună metoda ortodoxă a lui *Freud*(!) care este prea complicată, ci una mai practică, mai simplistă și mai intuitivă care ar reduce considerabil durata cursurilor. *Stekel* din modestie nu recomandă metoda sa, dar cu multă probabilitate aceasta este cea didactică.

Date fiind aceste tendințe antagoniste și oscilante, nu vom accepta nici unicismul unora, nici spiritul intolerant al altora, ci adoptând ideile școlii care ne-a educat, vom utiliza metodele psihiatrice în măsura în care pot aduce un folos real.

Însuși maestrul nostru Dl Prof. Dr. *C. I. Urechia*, care a binevoit a ne inspira lucrarea de față, s'a ocupat cu studiul fugilor patologice și s'a întrebat dacă acest simptom nu cumva ar putea traduce o leziune cerebrală cu localizare frontală sau în altă regiune și împreună cu Dl asistent Dr. *I. Retezeanu* au aplicat metoda psihanalitică la studiul fugilor.

Lucrarea noastră este o continuare a cercetărilor care au preocupat școala Dlui Prof. *Urechia*, am formulat a clasificare semiologică nouă expunând fugile patologice în conformitate cu aceasta și am expus mecanismul psihanalitic al fugilor în repetiție.

Istoric.

Din timpurile cele mai vechi numeroși autori au observat caracterul patologic al fugilor care în majoritatea cazurilor, erau atribuite epilepsiei. Astfel începând cu secolul al 16-lea avem o serie de monografii datorite lui *Boetius*, *Sennertus*, *Tulpius*, *Etmüler*, *Brescon*, *Thomas Erastus* și alții; aproape toți remarcă amnezia consecutivă fugii. Timp îndelungat a dominal teza că majoritatea fugilor aparține epilepsiei încât *Aschaffenburg* în 1915 mai credea în ea, deși *Schultze* și *Heilbronner* o combăteau cu energie. Monografiile științifice apar abia în veacul trecut. Urmează perioada dintre anii 1900—1910 când părerile se cristalizează și se tind spre unitate. Înainte de 1920 nimeni nu utilizează metoda psihanalitică în studiul fugilor deși lucrarea principală a lui *Freud*: *Die Traumdeutung* apăruse în 1900.

În Franța se ocupă cu această problemă: *Charcot*, *Voisin*, *Denis* și *Roy*, *Souques*, *Benon* și *Froissart*, *Joffroy* și *Dupouy*, *Raymond*, *Pitres*, *Babinski*, *Régis*, *Grasset*; în Germania: *Schultze*, *Raecke*, *Kraepelin*, *Leupoldt*, *Bregmann*, *Woltaer*, *Burgl*, *Heilbronner*; — în alte părți: *Hollager*, *Donath*, *Patrick*, *Courtney*, *Francotte*, *Gourévitch*, *Belaiew*, *Dielow*, *Zerri*, *Antonini*. Incontestabil, această listă de autori este incompletă, deoarece numărul acelor care au publicat observațiuni este considerabil.

Rapoarte și comunicări asupra fugilor sau numai asupra anora dintre formele ei se fac la congresele din Paris (1889), Blois (1892), La Rochelle (1893), Bordeaux (1895), Geneva (1896), Bonn (1898), al Germaniei de Nord (1906), Dijon (1908) și Nantes (1909). Teze se susțin la Facultățile de Medicină din Paris: *Louis Saint-Aubain* (1890), *Georges Sous* (1890), *Henry Meige* (1893), *I. Meurice* (1899), *Cottu* (1906); Lyon: *Dénomme* (1893), *Lhomme* (1894), *G. Collet* (1907), *Hamelin* (1908); Bordeaux: *Géhin* (1892), *Dubourdieu* (1894).

Lalanne (1897), *Boutin* (1922); și *Lille: Delbreil* (1889).

Dintre autorii români *Marinescu* și colaboratorii săi (1903) se ocupă cu studiul automatismului ambulator isteric, *Preda și Constantinescu* (1917) insistă asupra fugilor confuzionale ale tifosului exantematic, *Kernbach* (1931) face un studiu medico-legal al cazului *Vulpeanu* (fugă homosexuală combinată cu omor), iar *Urechia și Retezeanu* (1931) fac un studiu psihanalitic a fugilor de instabilitate ale degenerațiilor. Spre regretul meu negăsind primele două lucrări, asupra lor am numai informațiuni vagi. În literatura română până la noi nimeni nu a publicat o lucrare asupra tuturor fugilor patologice.

În baza concepțiilor care au dominat asupra acestui subiect, s'ar putea vorbi de o perioadă: clinică, psihologică și psihanalitică, — perioada fiziologică, anatomo-patologică și experimentală fiind al viitorului. Teza psihologică s'a dezvoltat cu deosebire în școala franceză unde *Joffroy și Dupouy* au fost reprezentanții cei mai caracteristici al ei, în timp ce școala germană se pare că a preferat latura clinică. Aplicarea psihanalizei este de dată recentă, numărul cazurilor publicate în literatură fiind disproporționat de mic în comparație cu cele studiate prin alte metode.

Independent de școala psihanalitică s'a insistat asupra caracterului sexual al anumitor fugi de către *Joffroy și Dupouy* (1909) care cu drept cuvânt se pot considera precursori în acest domeniu deoarece din descrierea celor două cazuri ale lor etichetate „fugă prin atragere sexuală impulsivă, fugă comandată prin nevoie sexuală“, rezultă că au înțeles complexe și traumele care le-au determinat.

CAPITOLUL I.

Generalități.

ACTIVITATEA ȘI MIȘCAREA. Mișcarea se manifestă în toate fazele vieții sub nenumărate forme existând chiar la embrion. După *Preyer** mișcărilor copilului sunt: impulsive, reflexe, instinctive și reprezentative. Mișcărilor adultului (*Richet**) sunt: reflexe, automate, mașinale și voluntare.

*Ribot** studiind psihologia voinței a demonstrat că între mișcare și gândire există o legătură intimă afirmând că „orice stare de conștiință sub forma sa impulsivă, atât în stare normală cât și patologică, are tendința de a se exprima printr-o mișcare”.

Între manifestările patologice ale activității avem o serie de simptome clinice ca: 1^o *agitațiunea motrice* de ex. în manie care se produce în urma hipertimiei și rezultă din trecerea prea bruscă dela idee la act; 2^o *raptusul anxios* care este o descărcare motrice al afectivității și 3^o *impulsiunea reflexă* unde ideea se transformă în act, în mișcare fără participarea voinței sau controlul conștiinței (*Raymond*).

Tulburările simptomatice ale activității sunt cu deosebire pronunțate în faza de excitație sau de dinamică funcțională din debutul paraliziei progresive unde exagerarea motricității se îndreaptă mai ales asupra funcțiunii locomotrice.

În baza relațiilor ce există între activitate și sfera ideilor, s'a vorbit de o adevărată „forță motrice” al ideilor.

AUTOMATISMUL. Se descrie un *automatism psihologic sau mental* și un *automatism motor*. În ambele cazuri automatismul poate fi: a) *fiziologic* sau normal și b) *patologic*.

*) Citat de *Joffroy* și *Dupouy*.

Automatismul fiziologic mental se produce într'un moment de suprimare temporară a facultăților superioare, condițiune care se poate realiza de ex. în stare de somn. În *automatismul fiziologic motor*, mișcările prin obișnuință, acomodare exercițiu s'au precizat, au scăpat de sub controlul centrilor superiori de ex. actele de mers, care intervin numai în condițiuni excepționale.

Richet definește mișcarea automată prin următoarele caractere negative: *mișcare ce nu este determinată nici prin stimul exterior nici prin voință*".

Automatismul patologic parțial sau total, este în raport cu turburarea conștiinței, sau al voinței care poate să apară în condițiuni și momente variate.

Independent de leziunile care ar putea determina grade variabile de automatism, sau de factori toxi-infecțioși care s'ar adăuga pe sistemele de asociațiune, se admite predominanța subconștientului asupra voinței, conștiinței și aceasta ar fi la baza fenomenelor de automatism. Unii fiind conduși numai din acest ultim punct de vedere, au descris o constituțiune automată sau dezagregativă.

IMPULSIUNEA. „*Impulsiunea*” este un *fel de reflex cortical*” (Dallempagne); — „este tendința irezistibilă la săvârșirea unui act” (Régis); — „fenomenele impulsive sunt manifestări psihice involuntare și spontane” (Gordon).

Deosebim: a) *impulsiuni normale (fiziologice)* și b) *impulsiuni patologice*.

Impulsiunile normale corespund necesităților elementare ale ființei organizate ca tendința la independență, nevoia de alimentare, nevoia sexuală (Aschaffenburg), prin armare sunt motivate, sunt legitime și numai suspendarea, exacerbarea sau canalizarea lor în direcțiuni nedorite constituie stări patologice.

Impulsiunile patologice apar în momentul slăbirii facultăților superioare când voința și conștiința deficitară nu este în stare să le freneze, să le inhibeze. Motivul lor este violent și sunt dotate cu o extremă forță de exteriorizare.

*) În Odisee se descrie cum navigatorii lumii antice erau cuprinși de impulsiunea irezistibilă de a se arunca în apă (hidromanie) la auzul Sirenelor. N. A.

După școala psihanalitică forțele patogenetice care le crează își au origina în conflictul dintre ideile conștiente și subconștiente. S'a remarcat relația intimă ce există între impulsivitate și obsesiune; eventual asocierea lor încât una poate provoca pe cealaltă. Diferența dintre aceste două stări ar fi în același raport ca gândirea și acțiunea, sau ca deciziunea și execuțiunea.

Caracteristica impulsivității este că se pot acumula, asocia între ele (de ex. dromomania cu dipsomania) sau derivă una din alta.

OBSESIUNEA. „Obsesiunea este o stare patologică strâns (strict N. A.) motivă“ (Morel și Régis); — „este o tulburare intelectuală unde elementul ideativ este simptomul principal“, (Westphal); „este o maladie a voinții“ (Arnaud).

Aceste definițiuni contradictorii corespund celor trei teorii ale obsesiunii: *teoria emotivității, a ideității și abuliei*. Actualmente se menține teoria emotivității care a fost acceptată de școala psihanalitică în frunte cu Freud, în plus se sprijină pe constituțiunea emotivă a lui Dupré.

Se descriu obsesiuni: *fiziologice și patologice*. Când o idee sau imagine năvălește în spirit și nu se poate persista avem o obsesiune fiziologică (Gordon) pe care voința o poate domina și înlocui cu ușurință. În obsesiunea patologică aceste elemente dobândesc un imperiu injust asupra personalității, rămân persistente și caută să suprimă ideile sau imaginile antagoniste. Voința este conștientă, refuză să participe la act, îl desaproabă dar este neputincioasă, de unde rezultă durerea psihică. Intervenind în luptă emoțiunea și deprimarea care se exacerbează treptat, obsesiunea câștigă noi forțe, personalitatea va capitula, se va preta la act cu toată opoziția voinței, iar după săvârșirea lui apare ușurarea și totul intră în ordine până la un nou acces.

Grasset și Régis descriu obsesiuni fobice sau fobia și obsesiuni ideative. Freud deasemenea a separat obsesiunile de fobii și a creat nevroza de obsesiune. Pentru acest autor, în orice stare obsedantă există un factor sexual și admite la obsedat o stare emotivă constantă a cărei origină trebuie căutată în copilăria depărtată când s'a produs emoțiunea primară, elementară sau primitivă intim legată de anumite impresiuni

penibile ale vieții erotice anterioare. Traumatismul sexual a dispărut de mult, a rămas însă emoțiunea. Ideea cauzală este ascunsă în adâncimile înconștientului fiind înlocuită printr'un mecanism de substituție cu alte idei obsedante. Acestea, par străine, bolnavul nu poate recunoaște cauzele tulburării sale și chiar din această ignoranță ar rezulta conflictul cu elementele conștiente ale personalității care s'a dedublat și a devenit un fel de „câmp de bătaie“ al ideilor antagoniste (Heuyer).

După Freud la baza stărilor obsedante ar sta un instinct elementar, complexul sau impulsivitatea sadică, un amestec de tendințe la brutalitate și cruzime care derivă din nevoia agresiunii sexuale precoce. Această stare având un caracter ambivalent* Freud opinează că ambivalența afectivă a complexului sadic ar determina majoritatea obsesiunilor. Obsesiunea la rândul ei se compune dintr'o idee: ideea obsedantă, care este un simbol de regresivitate la un stadiu infantil al afectivității și un sentiment, care nu ar fi altceva decât amintirea primei jene respiratorii (Freud) ce s'a produs după naștere în momentul când copilul a trecut din faza vieții intrauterine în faza extrauterină și s'a instalat respirația pulmonară.

Ideea, emoțiunea, deprimarea, usurarea sunt ochiurile inseparabile ale aceluiași lanț și constituie elementele obsesiunii. Caracteristica obsesiunilor este că o reacțiune obsedantă poate fi substituie prin alta de același ordin.

DEDOUBLAREA PERSONALITĂȚII. Sinonime: dubla personalitate, dubla conștiință, dubla existență, subconștiința, memoria alternantă, funcțiunea de aquisivitate mnezică, starea secundă, condițiunea secundă. Această dedublare este caracteristică stărilor obsedante, isteriei și onirismului.

Obsedatul asistă nepuținios la dezagregarea psihismului său și are conștiința simultană al celor două părți scindate.

Istericul spre deosebire de primul are o conștiință alternantă care duce la formarea a două personalități distincte: o *personalitate A* în stare primă care este normală și o *personalitate B* în stare secundă care este patologică. Conștiința

*) Ambivalența este un fenomen descris de Bleuler care ar fi tendința de a exterioriza o reprezentățiune prin două sentimente contrarii.

caracterul și atributele celor două personalități nu sunt identice sau superpozabile, ele fiind independente una de alta. Un act conștient, voluntar, mnezic pentru starea secundă este inconștient, involuntar și amnezic pentru starea primă.

Formarea unei stări secunde presupune o sinteză psihologică (*Joffroy și Dupouy*), o stare de poli-ideism a cărei consecință va fi crearea personalității B, străină personalității A.

O altă dedublare a cărei mecanism diferă de al stărilor precedente poate avea loc sub influența *onirismului* (sinonime: delirul de vis, delirul oniric, delirul poligonal a lui *Grasset*). Acesta ar fi visul unui somn patologic pe care *Régis* îl apropie de starea somnambulică și de starea secundă. Delirul oniric este un vis trăit, un vis de acțiune, o varietate de delir incoherent care se compune din imagini vizuale fără legătură ca într'un kaleidoscop, din idei delirante variate, halucinațiuni auditive și o stare afectivă intensă. Aceste elemente duc la formarea unei alte personalități, bolnavul neputând deosebi ce este vis și ce este realitate în decursul acestei stări noi și chiar după vindecare pot persista unele idei fixe post-onirice care cedează prin sugestii și persuasiune.

CONCEPȚIUNEA CLINICĂ, PSICHOLOGICĂ ȘI PSICHANALITICĂ A FUGILOR.

— „Fuga patologică este orice act de mers sau de călătorie săvârșit prin aces și determinat printr'o tulburare mentală“ (*Parant*); — „fuga constituie o reacțiune la excitațiunile disforice, pe lângă existența unei anumite constituții și dispoziții sufletești“ (*Heilbronner*); — „fuga este abandonarea impulsivă a domiciliului“ (*Joffroy și Dupouy*)

Fugile din punct de vedere patologic aparțin grupei tulburărilor activității voluntare sau al psihomotilității. Timp îndelungat au fost considerate ca o boală specială și împreună cu alte impulsii, obsesiuni și fobii au format vechile monomanii a lui *Esquirol*. *Aschaffenburg* declară categoric că „fuga nu constituie o manie izolată ci numai un simptom al altor boli mentale“ sau că „descrierea acestor tendințe (impulsive* N. A.) ca tipuri speciale de boli, este ultima rămășiță din doctrina monomaniilor“. *Aschaffenburg și Reichardt* în tratatele

*) De ex. dromomania, kleptomania, piromania, etc. N. A.

lor descriu fugile la capitolul impulsivităților patologice (germ. Impulsives. Irresein).

Orice formă ar lua fuga, *Joffroy și Dupouy* o consideră ca o impulsivitate, ca un act „mai mult sau mai puțin automat și impersonal, trecând atunci când caracterele sale sunt duse la maximum la automatismul ambulator”. Spre deosebire de acești autori *Parant* afirmă că fuga este un act delirant care se poate asocia cu alte acte delirante. În schimb *Reichardt* deosebește impulsivitatea la fugă pură autohtonă și impulsivitatea la fugă cu reacție psihopatică. *Maurice de Fleury* consideră fugile ca reacții de mecanism.

În baza concepțiilor psihanalitice fugile sunt considerate ca reacții instinctive și inferioare (*Urechia*) sau ca reacții primitive (*Urechia și Retezeanu*) în funcție de insuficiența de reacție a bolnavilor care neavând alte mijloace de acțiune față de conflictele din mediul interior* (psihic) sau față de conflictele dintre aceasta și mediul exterior (social), se comportă ca animalele în fața unui pericol, conflictele sexuale, traumele, turburările libidoului putând determina fuga sau deriva prin ea.

Această metodă explică mai bine decât alte procedee de investigație caracterul de repetiție al fugilor patologice care poate merge până la instalarea unei adevărate stări obsedante ambulatorii începând cu copilăria cea mai depărtată (fugi ultraprecoce) și continuându-se în decursul vieții sub forma unei game în care toate variantele sunt posibile: — *fugi familiare* (de la casa părinților), *fugi școlare* (de la școală, din internat), *fugi profesionale* (din atelier), *fugi militare* (dezertare din armată). Asemenea manifestări patologice impulsive repetate își au origina în perturbațiile sexuale ce derivă din disoluțiunea incompletă sau defectuoasă a complexului lui Oedip, învățătorul, profesorul, patronul, ofițerul nefiind altceva decât echivalenți corespunzători autorității paternale. Reacțiunea primitivă ce datează dintr'un stadiu infantil al sexualității fiind îndreptată mai întâi împotriva autorității paternale față de care copilul a fost neputincios și slab, a rezultat un compromis: — *fuga*, care se repetă și față de echivalenții paternali (germ. Vaterersatz).

*) În Biologie sub termenii „mediu interior” se înțeleg humorile organismului. N. A.

Caracterele fugilor patologice sunt: amulațiunea, deplă-sarea, neprevăzutul, clandestinul, disparițiunea, durata limita-tă, iar uneori premeditarea, repetițiunea și anmezia. Se ad-mite că fuga, — stare ambulatoare ce survine prin acces, poate evolua spre vagabondaj, care este o stare ambulatoare cronică.

CLASIFICAREA FUGILOR. Numeroasele forme sub care se prezintă acest simptom, pe de altă parte, mediul vârsta, con-dițiunile clinice și psihopatologice au provocat dificultăți se-rioase în clasificarea fugilor. Aceasta este motivul pentru care întâlnim clasificări așa de puține în literatură.

Încercările de clasificare ale figurilor se pot diviza în:

A° *Clasificări clinice* și B° *Clasificări psihologice.*

Cruchet în clasificarea sa se bazează pe gradul conștien-tului și deosebește:

Fugi conștiente, subconștiente și inconștiente.

Sollier și Courbon merg mai departe și iau drept criteriu relațiunile dintre conștient și memorie descriind:

1° *Fugi conștiente cu păstrarea memoriei* (fugile copiilor -desechilibrați, ale dipsomanilor, persecutaților migratori, melancolicilor, excitațiilor maniacali).

2° *Fugi conștiente și urmate de amnezie* (fugile epileptici-lor și ale istericilor).

3° *Fugi inconștiente și amnezice* (fugile demențiale, ale stărilor confuzionale și paralticilor progresivi).

René Charpentier descrie:

1° *Fugi incoherente* (în stările confuzionale, halucinatorii, delirante, demențiale).

2° *Fugi coherente* (fugile degeneratului implusiv, ale de-primărilor și emotivilor).

3° *Fugi organizate* (la debilizii morali, perversii instinctivi, desechilibrării instalabili).

Dacă aceste clasificări sunt mai mult sau mai puțin mo-tivate în schimb Parant enunță o clasificare clinică cu totul arbitrară descriind:

1° *Fugi specifice* (fugile melancolice, onirice, epileptice, impulsive și demențiale ale demenței precoce, dromomania, fugile stărilor secunde, sistematizate) și

2° *Fugi banale sau cu caractere particulare* (în excita-

juunca maniacală, slăbirea intelectuală, supraactivitatea motorică, erotică, intelectuală, stările de automatism, fugile de instabilitate, demențiale, amnezice, confuzionale).

Având în vedere că fugile patologice trebuiesc separate cât mai mult posibil între ele, clasificările mai sus nu ne-au satisfăcut și atunci acceptând o cale mai simplă, am formulat o clasificare semiologică nouă în baza căreia dividem fugile în 3 grupe:

1^o *Grupa dromomaniilor* (dromomania lui Régis, fugile obsedante, emotive, reacționale, delirante, confuzionale și onirice, demențiale, amnezice) generalizând acest termen pentru toate fugile care nu sunt săvârșite în stare de automatism ambulator.

2^o *Grupa poriomaniilor* (Automatismul ambulator, fuga isterică, automatismul ambulator confuzional alcoolic și epileptic). (Prin urmare această grupă cuprinde fugile realizate în stare de automatism ambulator).

3^o *Grupa fugilor mixte* (Fugile prodromale, infantile, fugile oligofrenicilor și degenerațiilor, sexuale, militare). Această grupă în urma unor condițiuni ca mediul (familiar, școlar, profesional, militar, conjugal), vârsta, patologia sexuală, faza de debut al maladiilor mentale, gradul de dezvoltare al facultăților superioare poate cuprinde unele forme din primele două grupe într'o descripțiune comună de ex. dromomania lui Régis și automatismul ambulator în fugile infantile.

CAPITOLUL II.

Formele fugilor patologice.

A) Grupa dromomaniilor.

DROMOMANIA LUI REGIS. „*Dromomania este necesitatea impulsivă și imperioasă de a călători, de a se deplasa*“ (Claude); — „*este impulsivitatea conștientă la fugă a psihastenicului, a desechilibratului sau a degeneratului și în particular cea cu caracter obsedant*“ (Régis).

Régis descrie: dromomani acuti sau prin acces și dromomani cronici sau prin obișnuință. Arnaud vorbește de o adevărată „*insuficiență mentală*“ a dromomanilor care s'ar traduce prin slăbiciune și ezitare (intelectuală, musculară etc.) în toate modurile de activitate. Joffroy și Dupouy consideră dromomania ca o stare strict obsedantă în timp ce Régis admite dromomani obsedați și neobsedați. Această deosebire de vederi se datorește faptului că dromomania pură se întâlnește foarte rar. În clinică se vorbește de o formă *constitucională* și alta *câștigată* între care nu există diferență apreciabilă.

Toți autorii sunt de acord că dromomanul este un psihopat* și fugile sale nu ar fi altceva decât o formă al instabilității.

Accesul dromomaniacal se produce la intervale neregulate fiind precedat de o perioadă scurtă prodromală, un fel de „aură“ cu o stare afectivă intensă caracteristică obsedaților (apare ideea obsedantă a fugii, emoțiunea și deprimarea) la care se pot adăoga unele fenomene neurasteniforme ca neliniștea, insomnia, cefalea, eventual terori nocturne și visuri urâte. La unii dromomani ideea fugii și emoțiunea pot fi deștepate prin excese în Baccho et Venere, autointoxicațiuni.

* Sub termenul psihopatie Gordon înțelege o stare patologică în care rezistența psihică și fizică al unui individ este diminuată.

stări post-toxice, sindrom hepato-renal, surmenagiu intelectual, conflicte sexuale, durere morală, sentiment de inferioritate, tulburări ale libidoului etc.

Dromomania fiind o varietate de fugă conștientă și mnezică excepțional s'a observat o „*dismnezie crepusculară*“ (*Régis*) sau o „*amnezie al amănuntelor*“ (*Joffroy și Dupouy*) în decursul fugii care după *Schultze* nu se datorește alterării facultăților mnemonice ci deprimării. Alții o pun în contul distractivității bolnavului sau al atențiunii și percepțiunii fugace.

În dromomanie s'au semnalat simptome fizice din grupa sindromului anxios ca: tremurături, incoordinațiuni motrice, sialorée, hiperhidroză.

Dromomania se poate asocia și cu alte obsesiuni-impulsiuni ca dipsomania, kleptomania, erotomania, onomatomania. Pe de altă parte dromomanii supraveghiați pot deriva prin reacțiuni impulsive, obsedante sau fobice compensatoare ca raptusul paroxistic sau claustrofobia. Aceste descărcări afective și motrice se pot considera drept echivalente a fugii dromomaniacale.

Dromomanul în decursul fugii are senzația de libertate, satisfacție, euforie, de ușurare, pe care *Jean Jacques Rousseau* care a fost dromoman o descrie în Confesiunile sale: „... în această tristă stare nu eram nici neliniștit, nici trist, nu aveam nici cea mai mică grijă asupra viitorului, culcându-mă sub stele sau întins pe pământ sau pe o bancă, tăt așa de liniștit ca pe un pat de roze“. Această stare cenestezică ar proveni nu numai din satisfacțiunea dată de necesitatea acțiunii, de mișcare (*Régis*), — „dar încă și din amorul pasionat, instinctiv pentru natură. Să nu ne mirăm, spune acest autor dacă unii din globetrotters-ii care fac înconjurul lumii pe jos, ar putea fi în fondul lor dromomani precum anumiți calculatori prodigioși nu sunt altceva decât aritmomani“.

Caracterele dromomaniei lui *Régis* după *Joffroy și Dupouy* ar fi: 1° vârsta tânără 2° repezițiunea plecării, 3° precipitarea continuă și fără oprire, 4° acapararea bolnavului de ideea obsedantă, 5° absența delictelor în decursul fugii, 6° amnezia amănuntelor și 7° întoarcerea rușinoasă. Asupra ultimului punct autorii nu sunt de acord, pe de altă parte s'a observat că dromomania în unele cazuri poate avea un caracter stereo-

tip încât bolnavul călătorește totdeauna în aceeași localitate (dromomania stereotipă).

Se descrie că dromomanii în decursul accesului își neglijează nevoile fiziologice, nu simt oboseală, parcurg distanțe considerabile (uneori sute de Km.), nu mănâncă, dorm puțin la marginea drumurilor, se epuizează, adesea călătoresc noaptea și pe jos; — nu fac preparative pentru fugă spre deosebire de vagabond care are echipamentul său de drum caracteristic, care cerșește, se adăpostește în poduri cu fân, lucrează puțin și pleacă mai departe. Unii dromomani nu ar fi lipsiți de anumite calități intelectuale ca talentul muzical sau ușurința de a rima (*Claude*). Dromomanii posedă conștiința și critica situațiunii lor, de ex. *Jean Jacques Rousseau*, însă impulsivitatea la care se adăugă obsesiunea înving rezistența psihică, liberul arbitru sau autoconducțiunea și în mod fatal devin adevărați Ovrei Rătăcitori.

FUGILE OBSEDANTE. Fugile obsedante se produc prin un mecanism asemănător dromomaniei de care trebuiesc diferențiate. Aceste fugi sunt realizate de obsedații homicizi care reacționează prin fugă la ideea că trebuie să omoare; — de claustrofobi care se tem de locurile închise și se simt bine numai în mulțime sau la vederea spațiului; — de obsedații piromani care fug la ideea că trebuie să incendieze. Astfel în cazul lui *Magnan* o femeie de 44 ani este cuprinsă de obsesiunea de a da foc casei, obsesiunea este conștientă, luptă împotriva ei, abia îi poate rezista, impulsivitatea e pe punctul de a se adăuga obsesiunii și de a traduce ideea în fapt încât reacționează prin fugă care în acest caz se poate considera drept echivalent al piromaniei, o reacțiune obsedantă fiind substituită prin alta de același ordin.

Este posibil ca unii neurastenici, psihastenici sau hipochondriaci, adevărați „bolnavi închipuiți“, care trec pe la toți medicii și nu vor să se vindece niciodată, să nu fie altceva decât fugari obsedați de boala lor. Dintre aceștia se recrutează clientela bogată a stațiunilor climaterice, balneare, termale și de altitudine care în timpul iernei pleacă în Egipt sau la Riviera, iar vara se înarmează cu bocanci alpini, băț de turist, „Knickebocken“, gamelă, bidon, „Rucksak“, hartă topografică, binoclu „Zeiss“, și colindă munții Elveției. Aceștia au asupra lor planul și programul tuturor căilor ferate euro-

pene, Baedeker, o colecție formidabilă de rețete, curbe termice, copia propriilor foi de observație, prospectul hotelurilor, sanatoriilor, lista medicilor de specialitate și cu timpul devin adevărați vagabonzi pe care trenurile și vapoarele de lux îi transportă cu mare viteză dintr'un climat într'altul.

FUGILE EMOTIVE. Fugile emotive apar în nevroza emotivă (maladia lui Dupré), nevroza anxioasă și nevroza traumatică. La baza acestor stări stau constituțiunea emotivă a lui Dupré, anxietatea și traumatismul.

Se descrie o hiperemotivitate: *constituțională și câștigată*.

Nevroza emotivă și constituțiunea emotivă a lui Dupré (care ar fi ereditară cuprinde: 1^o *elemente afective*, a) hiperemotivitatea, b) hipersensibilitatea c) slăbirea voinței și 2^o *elemente organice* ca tendința la spasme de ex. esofagian, piloric, constricțiune faringiană, tremurături, turburări vasomotorii etc.

Elementele afective ale nevrozei emotive în frunte cu emoțiunea la care se poate adăuga un traumatism psihic sau fizic, sunt factorii determinanți ai fugilor emotive.

Aceste stări pot fi întovărășite de simptome organice ca dermatografismul, valurile de căldură asupra capului, fenomene de hipersecrețiune glandulară ca lăcrimarea, sialorea, crizele sudorale, diarea care poate alterna cu constipațiunea încât se instalează enterita mucomembranoasă care s'ar putea numi în acest caz entero-nevroză (*Maurice de Feury*). S'au mai citat icterul, constipațiunea spasmodică cu senzația de coardă colică la palpate, tachicardia care poate urca până la 140 sau stări neurasteniforme ca amețeli, insomnie, visuri urâte, terori nocturne, astenia, deprimarea.

În antecedentele acestor bolnavi s'au semnalat tare mentale, scleroze, etilism, răniri, comoțiuni din războiu.

În nevroza anxioasă emoțiunea deasemenea are relațiuni intime cu deprimarea încât fugile pot fi în funcție de cauze care înving rezistența fizică, psihică și morală a bolnavului ca oboseala fizică, mizeria fiziologică, surmenajul intelectual, excesele în Baccho et Venere, iar în timp de războiu mărșurile obositoare, veghea epuizantă, bubuitul tunurilor, explozia obuzelor și altele. Deprimatul hipersenzibilizat prin

șocuri emotive repetate caută în fuga sa izolarea, repaosul și liniștea reparatoare.

Nevroza traumatică cu gradele ei ușoară, mijlocie, gravă, se compune din manifestări patologice de tip neurasteniform, isteriform și hipocondriac (*Urechia și Mihailescu*). Emoțiunea teama, spaima, frica morbidă, groaza, panica se pot combina cu un traumatism ca accidente de cale ferată, automobil, manifestații de stradă cu caracter politic sau economic, incendiu, cutremur de pământ, atentate, descărcări electrice, fulgurațiune și în mod discutabil stări postoperatorii (de ex. după intervențiuni asupra urechii, ovarului) sau stări posttoxice (de ex. după intoxicațiuni cu oxid de cărbune) când bolnavii își pierd echilibrul psihic, fug în ruptul capului și sunt în stare să parcurgă distanțe considerabile fără să-și poată da seama unde merg.

Altădată fuga emolivă este determinată de un raptus anxios când în urma secuselor emotive repetate se instalează obsesiunea-impulsiune.

Se admite că „emoțiunea-șoc” nu imunează bolnavul împotriva emoțiilor care vor urma, ci din contra îl hipersensibilizează. Este posibil că în toate cazurile acești diverși factori determină condițiuni în care facultățile frenatoare sau inhibitoare sunt anulate, anihilate până la un punct. Disociațiunea psihică ce se găsește în această formă de fugă nu atinge intensitatea și dimensiunile din fugile epileptice: Se observă în unele cazuri o obnubilațiune a conștiinței și o amnezie mai mult sau mai puțin pronunțată în decursul fugii.

Sunt bolnavi care posedă conștiința stării lor; la ideea fugii sunt cuprinși de un sentiment de rușine sau desperare și pentru a nu recurge la ea, se sinucid. În acest caz suicidul se poate considera drept echivalent al fugii. Alți emotivi mai ales în mediul militar fac fugi emotive repetate, nu pot fi corecți prin nicio pedeapsă și exercită o influență cât se poate de nefavorabilă asupra moralului trupei.

FUGILE REACȚIONALE. În psichozele reacționale s'au semnalat fugi inconștiente care determină pe bolnav să se sustragă dintr'un complex de împrejurări sau ambianță penibilă. Limitele și mecanismul psihologic al acestor psichoze au fost stabilite de către *Urechia* în 1931.

Pe baza determinismului fugilor reacționale stau emoții intense, durere morală, traume afective, indispoziții de lungă durată, supărări persistente, pierderea unei persoane iubite, falimentul, conflicte de serviciu sau cu mediul exterior (social), amori neîmpărtășite sau nereușite, arestarea, detențiunea, tulburări ale libidoului, sentiment de inferioritate, conflicte sexuale etc. Traumatismele psihice pot persista indefinit, dobândesc un imperiu injust asupra personalității, eventual se adaugă obsesiunea, durerea psihică se exacerbează, ajunge la maximum, edificiul psihic se clatină, rezistența se micșorează și bolnavii la un moment dat reacționează sau derivă prin psychoze, nevroze și fugi.

Instalarea stărilor reacționale s'a pus în contul eredității nevropatice și psihopatice, a degenerescenței mentale, a constituțiilor psihice (ciclotomică, emotivă, anxioasă, schizoidă, paranoidă) și fizice (discrinică, astenică, diplasică, atletică). Cu toate acestea s'a observat că fără să existe un teren a priori determinat sau alt factor predispozant, un factor ocazional ca „emoțiunea șoc“ a fost în stare să declanșeze fenomene unde disproporția dintre excitant și efect a fost mai mult decât evidentă. În baza noțiunilor pe care le posedăm asupra mecanismului reflexelor condiționate a lui *Pavlov* este posibil ca mecanismul stărilor reacționale să fie comparabil cu al acestor reflexe. Din punct de vedere psihanalitic s'a admis că acești bolnavi cari nu au fost încărcăți cu tare ereditare, au primit o educație defectuoasă sau vicioasă care a favorizat fixarea libidoului la un stadiu infantil al sexualității.

În sindromul depresiv și în melancolia reacțională fuga poate avea legături intime cu „refugiul în maladie“ care determină pe bolnav să plece într'o localitate depărtată sau să se întorneze, să intre benevol într'o clinică, sanator etc.

Urechia a demonstrat mecanismul psihologic al dorinței de a fi bolnav care este consecința unor stări psihologice de care „bolnavii nu sunt conștienți și care se datoresc inconștientului“. Mediul în care au trăit și combinat diferite acte a vieții sociale le amintește lucruri triste, caută ușurarea stării lor, desmerdarea, îngrijirea, compătimitarea persoanelor iubite și apropiate. Alteori boala, fuga poate echivala cu umilirea, autopunițiunea față de aceia care au provocat de-

cepțiunea și aceasta este o caracteristică a femeilor care se pedepsesc prin acest mecanism fiindcă au fost credule, slabe, indulgente, s'au lăsat înșelate, seduse, dominate, influențate cu ușurință. Astfel într'un caz a lui *Urechia* o femeie trădată de soțul legitim devine bolnavă, se umilește, are remușcări, pentru că și soțul suferă în urma infidelității.

Psichozele reacționale pot lua aspect neurasteniform, isteroid, maniacal, schizofrenic, schizomaniacal, forma sindromului anxios, confuzional, încât fugile la rândul lor pot prezenta nuanțe caracteristice acestor stări.

FUGILE DELIRANTE. Fugile delirante* au drept punct de plecare delirul, halucinațiunile psihice, psycho-motrice imperative și interpretațiunile cu caracter megaloman, politic, mistic, revendicator și hipocondriac. Cele mai caracteristice fugi delirante aparțin paranoiei și melancoliei, cadre ce derivă din vechea lipemanie a lui *Esquirol*.

În paranoia frecvența fugilor poate lua dimensiuni așa de pronunțate încât duc la vagabondași (persecuții migratori a lui *Foville*, paranoia ambulatoare a lui *Joffroy și Dupouy*, alienații migratori) sau emigrare (fugă-emigrare) când bolnavul desperat de persecuțiunile care nu încetează pleacă în altă țară. Diferitele varietăți de fugă din grupa paranoiei constituie fugile sistem sau sistematizate.

Fuga paranoiacă se organizează după două maniere; — în faza pasivă a paranoiei bolnavul fiind un persecutat, se depărtează de obiectul persecuției sale; în această fază adversarul nu a fost identificat, este numai bănuț; — în faza activă din persecutat se transformă în persecutor, dușmanul a fost recunoscut, nu se mai retrage, ci dimpotrivă îl caută.

Paranoiacul fiind atins de un delir sistematizat de persecuție nu se simte în siguranță, schimbă frecuent domiciliul, ia zeci de precauțiuni cu unicul scop de a deruta pe adversar. Alteori abia a ajuns la noul domiciliu, dușmanii imaginari au și aflat de schimbarea produsă (ecou al gândirii) încât pleacă mai departe. Glasurile binevoitoare dau sfaturi sau ordonă imperios măsurile ce trebuie luate eventual indică lo-

* *Joffroy și Dupouy* descriu următoarele varietăți ale fugilor delirante: fugă raționată, conciliată, comandată, euforică, agresivă, orgolioasă, fugă-raptus, fugă-misiune, fugă-emigrare, fugă-suicid.

calitatea unde va scăpa de adversari (fugă conciliată, fugă comandată). În urma acestor fugi starea bolnavului se ameliorează câtva timp, însă dușmanii fiind bine informați află tot, știu unde s'a ascuns și viața rătăcitoare a paranoiacului se continuă mai departe. Odată cu instalarea fazei active atitudinea bolnavului se schimbă, nu va tolera nedreptatea, mizeriile, persecuțiile, injuriile ce s'au abătut asupra lui, cunoaște precis pe adversar, se decide să-l înfrunte și îl caută cu intențiunea de a-l suprima (fugă agresivă, fugă punițiune).

În varietatea erotică a delirului sistematizat de persecuție fugile sunt consecința unor halucinațiuni cu caracter și conținut penibil fiind realizate cu deosebire de femei. Acestea au propuneri din cele mai nerușinate, injurii grosolane, glasu-rile spun tot ce fac, fețe hidoase atentează la pudoarea lor, rād în lață, șoptesc în odaia vecină, pivniță sau pod și recurg la tot felul de precauțiuni ca să nu fie violate (de ex. tampo-narea vaginului). La un moment dat halucinațiunile pot lua un caracter așa de intens încât fac imposibilă viețuirea în mediul obișnuit și atunci caută salvarea pudoarei lor în altă parte realizând fugi.

În epocile pline de superstiție și misticism când demonopatia a fost în floare și a determinat adevărate epidemii, deliruri în masă, prin contagiune mentală sau mobilizarea forțelor patogenetice latente ascunse în subconștient, inconștient, fuga delirantă a fost o manieră de a scăpa de posesiunea diavolului.

Deliranții mistici fac fugi pentru a îndeplini o misiune importantă (fugă-misiune), se consideră drept exponenți al divinității, se dedau la acte ectatice sau peregrinațiuni de lungă durată și lesne pot găsi adepți prin contagiune mentală, încât pot organiza fugi delirante colective.

Deliranții megalomani și orgolioși săvârșesc fugi a căror punct de plecare este ambiția, grandoarea și orgoliul. Astfel bolnavul lui *Vaschide și Vurpas* (citată de *Joffroy și Dupouy*), un „astronom și filosof“ care cu timpul a devenit vagabond, s'a dat la inspectarea diferitelor observatorii astronomice de pe glob. Alimentând delirul său cu lecturi mistice și metafizice, după terminarea inspecțiilor a plecat în India pentru a se adăpa din „sursa metafizicei budiste“ la fața locului.

Melancolicii fac fugă prin raptus (fugă-raptus) sau în urma autoacuzărilor că nu sunt demni să trăiască în mijlocul familiei unde prezența lor ar putea aduce tot felul de nenorociri sau ar fi în stare să-și câștige existența și în altă parte. Alteori fuga este o autopunițiune sau este urmată de suicid (fugă-autopunițiune, fugă suicid).

FUGILE CONFUZIONALE ȘI ONIRICE. Această varietate de fugă poate întovărăși confuziunea mentală, stările confuzionale simptomatice, secundare și paraconfuzionale. Cum aceste stări se întind asupra unui teren patologic vast a cărui limite se precizează treptat, fuga care este un simptom al lor, se poate întâlni în tulburările circulatorii cerebrale (sindromul hipertensiunii cerebrale), stările cardio-vasculare acompaniate de uremie, stările brightice (azotemice), autointoxicațiunile de origină gravidică, puerperală, hepatică, intestinală (alcalozii cadaverici, indolul, seatozul etc.), endocrinică (diabetul!), exintoxicațiuni de natură alcoolică, cocainică, hașișică, eterată, morfinică, intoxicațiuni de origină microbială (botulismul!) sau vegetală (alcalozii din grupa solanelor!), insolația, pelagra, scorbutul, beri-beri, paludismul, gripa, febra tifoidă și paratifoidă, oreionul, tifosul exantematic, difteria, febrele eruptive, scarlatina, rușeola, variola, varicela etc., emoțiunile cerebrale, traumatismele asupra capului, intumescența cerebrală acută, echinococoza encefalului, tumorile cerebrale, hidrocefalia acută, encefalitele, leziunile de focar ale creierului, epilepsia, surmenagiul, denutrițiunea, insomnia, emoțiunea-șoc și emoțiunile repetate.

Mai mult decât în alte forme de fugă, afară de simptomele psihiatrice posedăm simptome fizice și probe științifice care ne pun la adăpost de erori și fac posibil diagnosticul diferențial de ex. cu simulația în mod indubitabil. Astfel avem esca-rele și cașexia în morfinomanie, discromatopsia în cocainomanie, tremurăturile în alcoolism, simptomele organice în pirexii, limba prajită, saburală sau de smeură, exantemele și enantemele, emacierea, curbele tipice de temperatură, diareea, constipațiunea, icterul; — puncțiunea lombară (presiunea lichidului, gomălack, schellack, benzoe, *Pándy*, *B—W*, examenul citologic), reacțiunile sângelui (*B.—W*, azot, uree, zahăr, acetona, acidul β -oxibutiric, alcaloza și acidoza, concen-

trația ionică, examenul urinii (albumina, puroiul, zahărul, urea, sângele, hemoglobina).

Fuga confuzională are legături intime cu gradul de torpoare cerebrală sau de narcoză toxică, în plus onirismul poate imprima o nuanță delirantă sau halucinatorie.

Fuga onirică tip este fuga panofobică a alcoolicii subacut în stare de beție delirantă, o varietate de fugă-raptus foarte periculoasă care are multe caractere comune cu fuga epileptică de ex. confuziunea, halucinațiunile auditive și vizuale terifiante, coloritul delirant și caracterul nerațional. Alcoolicul se crede urmărit, vede în calea sa tot felul de piedici, animale (zoopsii), incendii, prăpăstii, aude injurii grosolane sau amenințări de moarte, se apără cu multă brutalitate și fuge desperat doar va scăpa de urmăritori sau va găsi un adăpost până cade epuizat sau se instalează un delirium tremens. Este clasic bolnavii lui *Schultze* care a fost în stare să parcurgă 140 de Km pe jos cu lot delirium tremens-ului său.

Fugile confuzionale se produc după un fazon subconștient, inconștient, incoherent și sunt acompaniate de o amnezie mai mult sau mai puțin pronunțată după gradul confuziunii. În această stare bolnavii dacă scapă de supravegherea aparținătorilor, pornesc și rătăcesc în neștire, uneori îmbrăcați superficial și nu pot da informațiuni asupra persoanei lor. În toxicomanii fuga nu odată se reduce la un fel de rătăcire topografică sub influența beției toxice. Astfel în cazul lui *Joffroy* un fumător de opiu a fost cuprins de dorul de a gusta hașiș. Părăsind spelunca de consumație îi trebuiesc trei ore pentru a găsi locuința din apropiere. La fiecare pas făcut se instala o nouă halucinație vizuală încât se găsea în străzi sau cartiere care nu semănau deloc cu al său.

În decursul marelui epidemii de tifos exantematic din 1917 *Preda* și *Constantinescu* au observat fugi confuzionale în decursul cărora bolnavii au fost expuși la o serie de accidente, cădeau în fântâni, se înecau etc.

În pelagră, boală frecventă la populația rurală care consumă porumb, deasemenea sau descris fugi care în majoritatea cazurilor s'au combinat cu impulsivitatea irezistibilă de a se arunca în apă (hidromanie).

Fugile confuzionale se termină prin remisiune, epuizare, arestare, accidente sau suicid involuntar.

FUGILE DEMENȚIALE. Această varietate de fugă se întâlnește în diferite stări demențiale ca demența precoce*, paralizia progresivă, demența alcoolică, senilă, epileptică etc. Când demența nu a compromis cu desăvârșire fondul mental, se observă o organizare rudimentară a lor având drept punct de plecare o idee sau dorință puerilă. Alteori în demența senilă sau paralizia progresivă fuga se reduce la un fel de rătăcire topografică sau topoagnozie, bolnavii nefiind în stare să-și regăsească domiciliul, în caz de arestare nu pot da informațiuni asupra lor și nu odată sunt internați pe cale oficială de către autorități.

În fugile demențiale mai mult decât în alte forme, tulburările memoriei sunt pe primul plan încât putem asista la o amnezie globală care s'a instalat printr'o evoluție lentă și gradată după legea de regresivitate sau reversivitate a lui Ribot.

FUGILE AMNEZICE. În fugile emotive, confuzionale, demențiale amnezia a fost un corolar al fugii, s'a instalat în urma unei emoțiuni, sub influența onirismului sau a fost un simptom vechiu demențial.

Fugile amnezice propriu zise se produc într'un moment când amnezia surprinde pe bolnav în mijlocul ocupațiilor sale zilnice combinând tot felul de acte ale vieții sociale, care înainte de declanșarea acestui accident s'a bucurat de integritatea facultăților sale mentale. În asemenea cazuri există un raport intim între amnezie și fugă care este consecința alterării facultăților mnemonice. Această alterare este de un prost augur, în unele cazuri fericite a fost temporară pe când în majoritatea cazurilor a fost definitivă, globală și iremediabilă, bolnavii devenind adevărați invalizi mentali.

Cazurile descrise în literatură sunt puține și nu depășesc cifra de 12—15. În perioada dintre anii 1897—1909 se descriu fugi amnezice de către Bishop (1897), Joffroy (1899), Hopkins (1902), Burr (1906), Dromard și Levassort (1907) și Corcket (1908). Până în 1928 nu se descrie nici un caz când Bryan

* *Ducosté* descrie următoarele tipuri de fugă în demența precoce: 1. fugă de instabilitate; 2. fugă de impulsivitate; 3. fugă de deficit intelectual sau demență ușoară și 4. fugă de demență profundă. *Régis* simplifică această diviziune și descrie două tipuri: 1. tipul impulsiv și 2. tipul demențial.

aduce o contribuțiune de 3 sau 4 cazuri. Intre momentele etiologice care stau la baza fugilor amnezice s'a citat ictusul amnezic după o criză emoțională intensă, ictusul amnezic după un ramolism cerebral, ramolismul cerebral cu mici focare la un vechiu sifilitic, șocul și durerea morală pe un teren de autointoxicațiune, isteria, istero-traumatismul și istero-alcoolismul.

Amnezia în unele cazuri a fost retrogradă cu păstrarea amintirilor din copilărie, în altele a fost globală și așa de profundă încât mergea până la uitarea completă a vieții anterioare evenimentului fugă, a numelui, pronumelui și familiei bolnavului (*Bryan*). S'au văzut femei care nu știau că sunt măritate și au copii; bolnavul lui *Burr* nu putea fixa nimic, uita cele mai recente fapte după câteva minute. Majoritatea bolnavilor au fost arestați pe stradă, nu puteau da nici'o informațiune asupra lor încât identitatea unora nu s'a putut stabili nici odată.

B) Grupa poriomaniilor

AUTOMATISMUL AMBULATOR. Sinonime: Poriomania, poriomansiche Attacken, poriomansiche Zustände (școala germană), vagabondajul impulsiv (școala franceză), hiperkinezia poligonală paroxistică (*Grasset*).

În trecut s'a admis că automatismul ambulator sau fuga realizată în stare de automatism motor aparține exclusiv epilepsiei. Observațiuni ulterioare și contribuțiuni aduse de către medicii de pretulindenți au demonstrat că această concepțiune unicistă este departe de a corespunde realității clinice și trebuie abandonată.

Poriomania a fost semnalată treptat în isterie, alcoolism, stările confuzionale, toxice, demențiale, traumatismele asupra capului, comoțiunea cerebrală și în sindrome din cele mai variate. Dacă la începuturile erei psihiatrice s'a păcătuit prin enunțarea unei teze uniciste, în schimb extremiștii timpurilor actuale au căzut într'o greșală similară prin extinderea exagerată a limitelor automatismului ambulator încât unii au fost în stare să-l ataseze psichozelor afective ca mania, stărilor delirante și chiar obsesiunilor.

Fuga, oricare ar fi forma sa, are o nuanță automatică în ceea ce privește execuția și cu multă probabilitate la aceasta s'a ajuns prin travaliu, repetiție și educarea funcțiunii locomotrice, automatismul fiind o caracteristică a tuturor modurilor de activitate de ordin motor și mental unde acești factori au acționat timp îndelungat. Realizarea unui acces de automatism ambulator presupune un proces psihopatologic care se traduce prin modificări intime exoperate în personalitate, conștiință și funcțiunea mnezică. Or, mania, delirul și obsesiunea nu oferă condițiuni psihologice care ar putea favoriza instalarea automatismului ambulator.

S'au descris accese de poriomanie în istero-epilepsia traumatică (*Antonini*), insolație (*Rayneau*), cisticercoza encefalului (*Sabrazès și de Batz*), pachimeningita sifilitică (*Bechterew*), uremie, (*Claude și Ceiller, Claude și Abadie*), encefalita metargică (*Petit și Courtois, de Morsier*), sau asociate cu sindrom miotonic (*Chatagnon, Trelles și Pouffary*), maladia lui *Basedow* și isterie (*Ravtart*), isterie și tremurături (*Alcindor și Maurat*). Alteleori fără să existe un factor predispozant, poriomania și amnezia singure au constituit tabloul patologic pe care *de Morsier* l'a pus în contul labilității și blocajului funcțiunii de aquisivitate mnezică. Astfel în cazul lui *Marchand* și *Bauer* (citat de către *de Morsier*) un factor ocazional, o excitațiune exterioară, audițiunea unei arii de muzică a produs declanșarea unui acces de automatism ambulator. În acest caz în opoziție cu teza lui *de Morsier* s'ar putea admite un mecanism similar cu al reflexelor condiționate a lui *Pavlov* în care excitantul ar fi aria de muzică, iar reacțiunea sau reflexul accesul de automatism ambulator.

Somnambulismul sau noctambulismul (fuga somnambulică, noctambulică) este automatismul ambulator realizat noaptea în stare de somn (vechea „isterie larvată“ a lui *Charcot*) spre deosebire de vigilambulism (fuga vigilambulică) ce se produce în timpul zilei. Somnambulismul care în trecut a fost sinonim cu hipnotismul de care s'a separat, a intrat în preocupările magnetizatorilor epocii 1800—1850 ceea ce a determinat o așa depreciere încât până la *Mesnet* (1860) niciun medic nu se coboară spre a-i acorda vre-o importanță patologică.

Somnambulismul poate fi realizat și sub influența alcoolismului sau al altor beții toxice ca cea eterată, hașișică, oxycarbonată cocainică. Înainte de cunoașterea acestui fapt, *Charcot* a încadrat diferitele forme de somnambulism în isterie rezervând termenul de automatism ambulator comițial pentru somnambulismul epileptic. *Pierre Janet* numește „subconștiință” conștiința care stă la baza diferitelor forme de somnambulism. Pe de altă parte s'a observat că în unele cazuri starea somnambulică a fost superficială, iar amintirea faptelor din decursul fugii somnambulice a fost relativ bine conservată; partizanii tezei psihologice în asemenea cazuri admit că dedublarea personalității, condițiunea sau starea secundă nu s'a exoperat complet, în timp ce partizanii tezei fiziologice care neagă existența dublei personalități susțin că funcțiunea de aquisivitate mnezică a fost suprimată numai parțial blocajul căilor diferențiate pentru această funcțiune fiind prea slab.

Această stare intermediară, un amestec de real și ireal, a fost numită stare mixtă, semiveghe, semisomnambulism (*Richet*), stare frustă (*Bernheim*), somno-vigil sau veghe somnambulică (*Beaunis*).

FUGA ISTERICĂ. Sinonime: Automatismul ambulator isteric, Somnambulismul isteric, dedublarea isterică a personalității (*Charcot*).

Cazurile de automatism ambulator isteric descrise în literatură devin tot mai rare fiindcă isteria nu se mai „cultivă”, pe de altă parte pitiatismul lui *Babinski*, mitoplastia lui *Logre* și mitomania lui *Dupré* au micșorat considerabil câmpul patologic al acestei afecțiuni. Astfel *Conos* în 1930 descriind trei cazuri de fugă isterică formulează dubii legitime asupra unuia și se întreabă dacă merită să fie considerat ca atare.

Automatismul ambulator isteric ar fi rezultatul dezagregării subpoligonale (*Grasset*). Partizanii tezei psihologice opinează că acesta nu ar fi altceva decât consecința dedublării personalității în stare secundă mono sau oligoideativă care are atributele sale ideative, mnezice și voliționale. Partizanii tezei fiziologice în frunte cu *de Morsier* afirmă că totul se datorește unui blocaj transitor al funcțiunii de aquisivitate mnezică, iar ideea personalității duble care ar evolua

pe două planuri diferite ar proveni din faptul că istericul în decursul automatismului său ambulator repetă automatismele acceselor precedente. În baza concepțiilor psihanalitice e posibil că este vorba de un conflict sau un proces între ideile conștiente și subconștiente care înving conștientul (*Urechia*), determină pe bolnav să fugă și din care rezultă întunecarea centrilor superiori și predominarea centrilor inferiori. În starea actuală a cunoștințelor noastre nu se poate proba cauza reală al automatismului ambulator isteric când însuși concepțiunile asupra isteriei au fost supuse la oscilațiuni continue, dar se poate admite că fuga isterică se produce sub influențe și în condițiuni asemănătoare acelor care prezidează declanșarea tuturor accidentelor isterice.

Pentru *Saint-Aubain* caracterele fugii isterice ar fi: 1. schimbarea stării conștiinței (dubla personalitate, dubla conștiință, 2. amnezia faptelor din decursul fugii, 3. memoria alternantă și 4. sugestibilitatea.

Voisin descrie o fază inițială, activă și terminală al accesului de automatism ambulator isteric. Faza inițială în unele cazuri a fost foarte scurtă încât un factor ocazional ca „emoțiunea-șoc” a provocat instalarea stării secunde și consecința ei fuga. Alteori bolnavul a fost „preparat” prin o serie de accidente neurasteniforme care îl transportă din starea primă în starea secundă. Astfel s’au semnalat senzația de rău (starea disforică a lui *Heilbronner*), senzația de strângere, opresiune, anxietatea, depresiunea, cefalea cu caracter contusiv sau terebrant, dorința deplasării și necesitatea instincțivă al mișcării. Simptomul principal al acestei faze este visul care are valoarea unui adevărat „signal-simptom”. Oricare ar fi conținutul său, totdeauna este vorba de o călătorie și poate orienta fuga în mod stereotip spre o localitate determinată cu ocazia fiecărui acces. Unii afirmă că visul este cauza fugii isterice, în timp ce alții opinează că face parte din acces.

În faza activă al accesului de automatism ambulator isteric bolnavii fiind în stare secundă fac impresia că sunt somnoroși, răspund cu întârziere, fac efort la gândire, au o atitudine relativ corectă, rar deșteaptă bănuiele asupra adevăratei lor stări și pot combina tot felul de acte ale vieții sociale, cumpără un bilet de tren, merg la hotel etc. (fugă semicon-

știentă). Această fază nu este lipsită de unele evenimente medico-legale ca furtul, excrocheria, darea de foc.

În faza terminală când revine starea primă s'au descris unele accidente afective ca anxietatea, crizele de plâns eventual tentativa la suicid. Bolnavii sunt foarte mirați, nu știu ce s'a întâmplat cu ei, se găsesc în locuri sau situațiuni neobișnuite, un tren sau corabie în mers, într'un oraș necunoscut sau țară străină.

Durata Tugii isterice poate fi extrem de lungă. Astfel bolnavul lui *Legrand du Saulle* (citad de *Vogt*, *Joffroy* și *Dupouy* s'a deșteptat din starea secundă abia după 31 de luni. Amintirea fugii isterice poate fi conservată parțial; alteori e momentană și transitorie ca după trezirea din vis fiind urmată de amnezia definitivă. S'a pretins că starea secundă poate fi refăcută prin sugestione, hipnotism sau cloroformizare încât s'ar fi reconstituit amintirea fugii. Aceste metode au desavantajul că nu ne pun la adăpost de erori, unii isterici simulează, alții nu sunt deloc hipnotizabili, ceea ce a determinat pe *Pitres* să le administreze câteva bufeuri de cloroform. Chiar în stare de hipnoză sau de narcoză cloroformică s'au descris cazuri când bolnavii nu au trădat adevărata lor stare secundă.

AUTOMATISMUL AMBULATOR ALCOOLIC. Sinonime: Poriomania alcoolică, somnambulismul alcoolic, mania rătăcitoare, dedublarea conștiinței de origină alcoolică (*Berkeley*).

Automatismul ambulator alcoolic este o varietate de poriomanie confuzională studiată de către *Crothers* (1884), *Francotte* (1896), *Berkeley* (1897), *Dobrotworsky* (1899), *Soullivan* (1904), *Boutin* (Teză Bordeaux, 1922) și *Divry* (1928).

Această fugă se produce în stare de beție psihică, delirantă sau toxică, după consumarea unor cantități relativ mici de alcool fără să se instaleze faza paralică. Astfel în cazul lui *Divry* un miner polonez în stare de somnambulism alcoolic s'a urcat noaptea pe acoperișul casei directorului său și a spart un geam gros. Înainte cu doi ani a mai prezentat un acces de automatism ambulator alcoolic când a fost arestat de poliție complet gol. Ancheta a stabilit că în seara premergătoare accesului a consumat câteva pahare de bere. După fie-

care acces a prezentat o amnezie desăvârșită asupra celor pe-trecute în decursul accesului.

Automatismul ambulator alcoolic apare la indivizi nevropăși, psihopași, cu ereditatea încărcată, traumatisme asupra capului, debili mentali, surmenași care prezintă intoleranță față de acest toxic. Alcoolul luat în doze mici ar avea rolul unui catalizator sau provocator al tendințelor intrapsichice latente care zac într'un teren nevropat deficitar. Alții admit că alcoolul ar favoriza instalarea unei stări secunde asemănătoare celei isterice și aceasta ar fi la baza fenomenelor de automatism ambulator alcoolic. În sprijinul acestei teze ar veni cazul lui *Keulemanns* care a fost citat și comentat de o serie de autori și unde un negru în stare de beție delirantă regăsea amintirile bețiilor precedente de altfel pierdute. În acest caz nu se poate susține că bolnavul a repetat automatismele acceselor anterioare și este în contradicție cu concepțiunile adepților funcțiunii de aquisivitate mnezică. Pe de altă parte s'au semnalat asocieri istero-alcoolice și e posibil ca unele cazuri descrise în literatură unde accesele de automatism ambulator alcoolic au avut o durată foarte lungă să fi prezentat o asemenea asociere.

AUTOMATISMUL AMBULATOR EPILEPTIC. Sinonime: Poriomania propriu zisă, fuga epileptică, automatismul ambulator comițial (*Charcot*). Somnambulismul epileptic.

Automatismul ambulator epileptic a fost obiectul unor studii și comentarii numeroase timp îndelungat fiind confundat într'o descripțiune comună cu cel isteric. Caracterele diferențiale ale acestor două poriomanii nu sunt stabilite cu certitudine, cu toate că *Saint-Aubain* (Teză Paris, 1890) și *Courtney* (1906) au încercat să facă un diagnostic diferențial. Recunoașterea lor este dificilă dacă nu se ia în considerare boala fundamentală pe care se grefează.

Automatismul ambulator poate să apară înainte sau după producerea atacului epileptic. Alteori atacul poate lipsi și în acest caz automatismul ambulator devine un echivalent al lui. Relația dintre epilepsie și amulațiune cu deosebire este pronunțată în epilepsia procursivă, care constă din mișcări automate de amulațiune înainte, înapoi sau în cerc, a căror durată poate fi scurtă, dar poate da loc la o fugă impul-

sivă veritabilă care are multe caractere comune cu fugile panofobice ale alcoolicilor, când bolnavul pornește într'o goană desperată, escaladează tot, urcă, aleargă, execută salturi, cade și face un atac de epilepsie.

Din publicațiunile apărute în literatură rezultă că automatismul ambulator epileptic are următoarele caractere: 1. confuziunea, 2. spontaneitatea, 3. impulsivitatea, 4. halucinațiunile auditive și vizuale, 5. amnezia consecutivă accesului, 6. repetițiunea și 7. uniformitatea. Incontestabil, aceste caractere nu sunt valabile în toate cazurile deoarece asocierile cu isteria, alcoolismul și traumatismele asupra capului pot imprima nuanțe caracteristice acestor stări.

Accesul de automatism ambulator epileptic este precedat de unele prodrome care în parte aparțin epilepsiei. Astfel bolnavii acuză senzație de rău (starea disforică a lui *Heilbronner*), depresiune, ceneșezii variate, cefalalgie intensă, persistentă, caracterul se alterează, epilepticii devin iritabili, impulsivi, lingușitori, confuzi. În decursul accesului de poriomanie confuziunea ajunge la maximum, apar halucinațiuni auditive și vizuale terifiante, idei delirante variate care se traduc prin sentimente ca groaza, mânia, iar alteori prin limbaj lubric și acte impulsive medico-legale ca incendierea, agresivitatea, omorul. Nu odată însuși bolnavii pot fi expuși la accidente, cad în fântâni sau mor de inaniție și epuizare. În cazul lui *Doutrebente* (citată de *Joffroy* și *Dupouy*) un epileptic în decursul unui acces de poriomanie a murit de inaniție cu toate că poseda 2 sau 300 de franci, deci avea posibilitatea materială de a se aproviziona cu alimente. Acest caz denotă o alterare gravă a impulsunilor fiziologice și instinctului de conservare.

Există și un somnambulism epileptic confuzional sau semiconfuzional realizat în stare de somno-vigil (semiveghe) când bolnavii pleacă brusc din somn, fac sau lipsește atacul de epilepsie, iar după trezire prezintă amnezie și nu știu ce s'a petrecut cu ei.

Automatismul ambulator epileptic spre deosebire de stările secunde nu se poate reproduce prin sugestiune, hipnoză sau cloroformizare.

C) Grupa fugilor mixte

FUGILE PRODROMALE. Fugile prodromale au fost semnalate în faza de debut al diferitelor entități morbide și nu odată pot fi primul lor simptom. În această fază sunt tulburări simptomatice ale activității.

În debutul maniei s'au descris fugi conștiente și mnezice care sunt o consecință al excitației motrice (*Sollier* și *Courbon*).

În debutul neurasteniform al demenței precoce fugile sunt un simptom al instabilității psihice, o derivare al tendințelor impulsive sau se produc sub imperiul unei idei delirante.

În faza de excitație sau de dinamică funcțională din debutul paraliziei progresive fugile rezultă din exagerarea motricității și al funcțiunii locomotrice (fugile de dinamică funcțională a lui *Régis* și *Berger*).

În debutul maladiei lui *Pick*, *Urechia* a semnalat impulsivitatea la dromomanie. În unul din cazurile sale diagnosticat în timpul vieții*, o bolnavă făcea vizite scurte (maximum 15 minute) pe la toate casele din sat, iar în decursul internării se ridica frecuent din pat sau de pe scaun și găsimd ușa deschisă, pleca în parc, precum altădată hoinărea prin sat. Tabloului clasic al maladiei lui *Pick*, înafară de impulsivitatea la fugă se adăoga tendința la automatism și reflexul de pronafune.

FUGILE INFANTILE*. Se observă destul de frecuent și odată constituite în copilărie se pot continua și în faza adultă. Tendința la fugă poate lua caracterul de instinct așa este de puternic dorul de libertate și necesitatea locomotrice la copil. Momentele care pot determina fugi infantile fiind variate *Joffroy* și *Dupouy* opinează ca în aprecierea mecanismului acestor fugi să se aibă în vedere următoarele trei grupe de copii: 1. *copilul normal*, 2. *anormal*, *vicios și pervers* și 3. *patologic*.

* Diagnosticul acestei maladii în decursul vieții a fost pus de către următorii autori: *Kahn* și *Spatz*, *Grünthal*, *C. Schneider*, *Urechia*.

* *Cruchet* descrie următoarele tipuri de fugă infantilă: 1. fugă impulsivă sau reflexă, 2. fugă idealistă și 3. forma abulică. N. A.

Factorii psihologici care intervin izolat sau combinat în producerea fugilor infantile sunt: *imitația, imaginația, curiozitatea, emoțiunea și sugestiunea*. Intre factorii sociologici s'ar putea aminti educația defectuoasă sau mediul amoral, condițiune care poate fi oferită de atelier și uneori chiar de familie copilul luând dela adulți numai obiceiurile rele. În antecedentele acestor fugari precoce s'au semnalat eredo-sifilisul, traumatismul cranian, ereditatea încărcată.

Intr'adevăr copilul lesne poate fi antrenat la fugă în urma unor lecturi sau reprezentațiuni cinematografice care l'au impresionat. Robinson Crusoe, literatura scherlock-holmesiană, aventurile marilor explorațiuni ale pustiuilor de ghiață sau ale Africei tropicale, romanele lui Jules Verne admise de pedagogi, literatura de duzină cu subiecte emoționante din viața Pieilor Roșii, cow-boilor și gangsterilor, sunt tot atâtea momente care excită fantezia și determină pe copil să fugă. Alteori prin contagiune mentală determină tovarășii de joc să-l urmeze încât pot avea loc adevărate fugi infantile colective. Așa se explică Cruciadele de copii din Evul Mediu, care nu sunt altceva decât fugi infantile colective datorite tendinței de a imita preocupările războinice ale adulților.

Tendința la fugă poate fi ultraprecoce. Intr'un caz a lui *Rogues de Fursac* fugile au început la vârsta de 3 ani (fugă infantilă ultraprecoce). Din cauza repetiției frecvente mama ținea ușa casei închisă, precauțiune care a fost utilă câțva timp. Dar „bébé“-ul de altădată a crescut și a venit timpul că era în stare să deschidă ușa sau să se folosească de cheie și hoinărea spre marea dezolare a părinților. Mai târziu fiind trimis la școală, a început seria neîntreruptă de fugi școlare.

La copilul normal există o varietate de fugă motivată săvârșită în urma mizeriilor la care este expus de ex. din partea unei mame vitregi (fuga micilor persecutați) sau al unor părinți brutali care fac uz de mijloace educative barbare, îl forțează să stea în genunchi ore întregi pe boabe de porumb sau îl leagă cu funia de piciorul mesei. Alteori cureaua dela pantaloni devine un argument penibil în mâna autorității paternale față de care copilul nu găsește altă soluție decât reacțiunea prin fugă.

O altă varietate numită „fugă de moralitate“ (*Joffroy și Dupouy*) se produce din cauza unui mediu familiar rău și a

moral; părinții sunt bețivi, degenerați, copilul flămânzește, îl învață la furt, cerșetorie, minciună, pretăcătorie, încât în unele cazuri rare fuga a avut drept mobil scăparea din această școală a viciilor și păcatelor. Alteori fugile se produc la copii cu constituțiune emotivă (miniatura, situeta nevrozei emotive de mai târziu) care luând prea mult la inimă unele vorbe aspre sau de teama unei punițiuni neînsemnate nu se mai întorc acasă și pot recurge la suicid (fugi emotive precoce).

Copilul patologic poate face cea mai mare parte din fugile adultului de ex. dromomania lui *Régis*, un acces de automatism ambulator isteric, epileptic și altele.

Caracterul principal al fugilor infantile este repelițiunea.

FUGILE OLIGOFRENICILOR ȘI DEGENERATIILOR. Fugile idioșilor sunt rare și se reduc mai mult la un fel de ambulațiune inconștientă, instinctivă, în virtutea tendințelor de locomoțiune, într'un moment când au scăpat de supravegherea mediului înconjurător. Idiotul fiind de o sărăcie mentală notorie, nu e în stare să execute fugi care cer o organizare și existența cel puțin parțială a principalelor facultăți mentale.

Imbecilul credul, inafectiv, iritabil, impulsiv, lesne se dedă la fugi în decursul cărora poate comite o serie de acte medico-legale dintre cele mai grave ca furtul, violul, darea de foc, omuciderea.

Debilul mental deficitar și sugestiv face fugi prin antrenament, atragere sau ireflexiune (*Joffroy* și *Dapouy*), prin inadaptabilitatea sa la mediu și în baza insuficienței sale sociale. O altă serie de fugi pot avea la bază o idee delirantă, teama de punițiune sau un șoc emoțional.

Majoritatea fugilor patologice aparține degenerescenței mentale. Desechilibrării stigmatizați, inconstanți, egoiști, vanitoși, grafomani fac fugi de instabilitate, emotivitate și sugestibilitatea *Laignel-Lavastine* insistă asupra insociabililor constituționali care fiind inadaptabili, leneși, orgolioși, disprețuitori, sedentarismul nu le convine și se simt bine numai dacă schimbă mediul. Varietăți speciale ale fugii degenerațiilor pentru unii autori ar fi însuși dromomania lui *Régis* și fuga isterică.

Fugile oligofrenicilor și degenerațiilor nu odată pot fi un act complementar al unor delictă ca furtul, darea de foc,

pronuciderea etc., când au la bază teama instinctivă de pu-
nițiunea societății. Altele momente medico-legale pot fi un
echivalent al fugii. Astfel *Aschaffenburg* citează cazul unor
servitoare care fiind cuprinse de o stare nostalgică intensă,
în faza de preparare a fugii nu au recurs la mijloacele obiș-
nuite de concediere (demisia din serviciu), ci au încercat să
înlătore cauzele aparente care le țineau legate de loc și pe
care le considereau potrivnice realizării proiectului fugă, în-
cât au fost în stare să omoare copiii stăpânilor încredințați în
grija lor sau au dat foc casei.

FUGILE SEXUALE ȘI EROTICE. Fugile erotice propriu
zise aparțin erotomaniei. Erotomania spre deosebire de nim-
fomanie și satiriazis a căror amor e de ordin fizic ar fi o leza-
re al imaginațiunei. „Amorul e numai în cap“. (*Esquirol*) și
se manifestă printr'o iubire platonice exagerată pentru un
obiect real sau imaginar. S'au citat cazuri când erotomanul a
fost în stare să se amorezeze de un copac, izvor, statuie, simbol
sau o stea*. Această concepțiune platonice s'a modificat în ur-
ma contribuțiunilor mai noi dovedindu-se că erotomania nu
ar fi lipsită de voluptate sexuală iar altele cauzele sale sunt în
funcție de frigiditatea femeii sau de impotența bărbatului, în-
cât slăbirea funcțiunilor genitale se va compensa prin mani-
festarea patologică al amorului sentimental. Se descrie o for-
mă platonice, persecutorie (paranoidă) și obsedantă al ero-
tomaniei, diviziune căreia corespund fugi: eroto-platonice,
eroto-paranoide și eroto-obsedante care au drept punct de
plecare idea, delirul, sentimentul, imaginațiunea și obsesiunea
erotică, elemente care izolat sau combinat pot determina pe
erotoman să caute obiectul iubirii sale.

La cealaltă extremitate în nimfomanie și satiriazis exci-
tațiunea sau impulsivitatea sexuală poate lua dimensiuni așa de
pronunțate încât sunt mai presus de rezistența bolnavului și
atunci fuga are drept mobil căutarea sexului opus pentru sa-
tisfacerea organismului fizic.

Fugile pasionale au drept punct de plecare deranjarea
sferei afective cu predominarea exagerată al unor sentimente
ca ura, groaza, mânia, iubirea care pot avea la baza lor com-
plexe psihanalitice; acestea au un caracter impulsiv pronun-

* Bolnavul lui *Magnan* era amorezat de steaua Mirto.

lat și nu este ușoară stabilirea limitei dintre normal și patologic. *Joffroy și Dupouy* le împart în fugi prin atragere în care unul din parteneri caută obiectul iubit și fugi prin repulsiune în care se depărtează de el. O altă varietate „fugile în doi” sunt în funcție de adulter sau piedeci care se opun relațiilor și se combină frecuent cu suicidul.

Oligofrenicii și degenerații superiori săvârșesc fugi perverse în urma exagerării, pervertirii și aberațiilor instinctului sexual. Idiotul nu e în stare să realizeze această varietate, în schimb imbecilul a cărui precocitate sexuală este notorie — în virtutea excitațiunii sale genitale exacerbată eventual prin adăogarea unui toxic ca alcoolul, poate săvârși o fugă sexuală impulsivă ale cărei peripeții medico-legale au impresionat pe toți autorii. Această onoare revine cu deosebire masculului fiindcă femeia imbecilă găsește oricând partener. Prin lipsa unei partnere în mediul său, este pus în situația de a o căuta (fugă heterosexuală), — se dedă la atušări, leziuni grave corporale, omor cu unicul scop de a coabita. Agresiunea imbecilului în decursul fugii se poate îndrepta asupra fetișelor (fugă pedofilică), asupra femeilor bătrâne (fugă gerontofilică) sau asupra femeilor adulte infirme. S'au citat cazuri când imbecilul nu a cruțat nici morții, a profanat mormintele, cavourile și s'a apropiat de trupul femeilor moarte* (fugă vampirică, necrofilică). Alteori s'a adresat animalelor (fugă bestială). Fiind masturbator și peđerast pasionat, fuga lui poate avea drept mobil satisfacerea acestor perversiuni și căutarea partenerilor corespunzători (fugă onanistă și fugă homosexuală).

Debili mentali și degenerații superiori la rândul lor pot organiza fugi sexuale și perverse. Într'un caz de fugă heterosexuală a lui *Joffroy și Dupouy* în antecedentele unui debil s'au pus în evidență tendințe impulsive la fetișism maternal și incest față de propria soră. În cazul *Vulpeanu* studiat de *Kernbach* din punct de vedere medico-legal, fuga homosexuală s'a combinat cu împușcarea partenerului în automobil și aruncarea cadavrului în râul Someș. În cazurile lui *Urechia* și *Retezeanu* tulburările sferei sexuale care au determinat fuga sunt pe primul plan ca disoluțiunea incompletă sau de-

* Cazul clasic al sergentului *Bertrand*.

fectuoasă a complexului lui Oedip, tulburări ale libidoului, masturbația, tendințe incestuoase, sadiste etc.

În decursul nevrozelor s'au observat *fugi sexuale obsedante*. Unul din cazurile cele mai caracteristice publicate în literatură este observația No. 2 a lui Odier (1928, cazul lui Julien) studiată din p. d. v. psihanalitic în care este vorba de un sindrom compus din depresiune circulară, anxietate, sentiment de inferioritate, bolnavului îi plac banul dar nu e în stare a-l agonisi, desgust sexual și impotență față de propria soție legitimă, apetit sexual și potență față de alte partnere. Într'un cerc vicios nevrotic posedarea unei sume determinate de bani (cel puțin 20 franci) deșteaptă ideea fugii, bolnavul pleacă în starea crepusculară a nevrozei în mod stereotip într'un cartier de care îl leagă amintirea primelor contacte sexuale reușite (fuga sexuală stereotipă), se dedă la libațiuni în Baccho et Venere, este considerat și tratat ca dipsoman, se întoarce acasă ușurat de anxietatea complexelor sale, se comportă față de soție ca un erotoman platonice și totul intră în ordine până la declanșarea unui nou acces. Mecanismul acestui caz întrunește toate elementele reflexelor condiționate a lui Pavlov în care banul este excitantul condițional iar fuga reflexul (fuga condiționată).

Mania, psychozele menstruale, psychozele toxice eventual pe baza etilică sunt tot atâtea momente favorabile instalării fugilor erotice. Erotismul este cu deosebire exaltat în manie și în faza de dinamică funcțională din debutul paraliziei progresive. În faza demențială al acestei afecțiuni fugile pot avea un colorit pervers din cauza fenomenelor de exhibiționism care se pot adăuga fugilor. În asemenea cazuri exhibiționismul nu trebuie considerat ca o perversiune sexuală fiind consecința ideilor delirante de grandoare, ambiție, sau orgoliu al bolnavului care acordă o importanță exagerată organelor sale genitale pe care le expune în public numai „pentru a fi admirate“ (Raymond).

Fugile conjugale nu odată se produc din cauza unor momente penibile a relațiilor sexuale intime dintre soți a căror tonalitate sexuală poate fi deranjată de o serie de accidente de ordin organic, pervers sau psihic ca frigiditatea, vaginismul, sterilitatea, impotența coeundi et generandi, hipospadiasul, epispadiasul, fimoza, ejaculațiunile precoce, ona-

nia, uranismul, ninfomania, satiriazisul, felișismul, masochismul eventual asociate (urano-sadism, urano-felișism, sadi-felișism), gelozia patologică și complexele sexuale de natură psihanalitică. Asemenea fugi se pot instala în plină activitate nupțială (fugi nupțiale) și sunt caracteristice femeii care reacționează prin fugă într'un moment când societatea organizată dă curs liber sexualității sale înfrânate de obicei, morală și lege. Incontestabil că psihanaliza în asemenea cazuri ar putea determina tulburările libidoului și complexele sexuale care stau la baza acestor manifestări paradoxale care duc la abolirea instinctului de reproducere și desconsiderarea intereselor rasei.

Fugi eroto-sexuale se observă nu numai la adulți ci și la copii. Acestea sunt realizate cu deosebire de copilul anormal, vicios și pervers a lui *Joffroy și Dupouy*. Astfel la fetițe punctul lor de plecare poate fi tendința sau „vocațiunea” precoce pentru prostituție (*Rogues de Fursac*) în urma unui erotism exagerat și pervers (fugi erotice precoce). Alteori deșteptarea prematură al instinctului sexual, jocurile, atășările sau obiceiurile perverse pot fi motivele determinante ale fugilor sexuale infantile.

Fugile erotice în unele părți (în mediul rural) au un caracter etnic, preced măritișul, sunt consimțite de ambii parteneri eventual de familiile lor, în care caz e discutabil dacă se pot considera ca fugi patologice, fiind săvârșite în baza tradițiilor locale (fugi prenupțiale).

FUGILE MILITARE.* Fuga în armată constituie părăsirea postului, lipsa nemotivată la apel și dezertarea. Diferența militară între aceste delictе constă numai în durata absenței (*Haury*).

Această varietate s'a bucurat de o atențiune deosebită din partea literaților* care au pus-o în contul unor momente sentimentale ca iubirea, dorul de casă, mamă, locul natal, patrie pe care le-au utilizat după imaginația și temperamentul lor. În muzică de asemenea au apărut compoziții puse pe scenă

* *Régis* descrie următoarele tipuri ale fugii militare: 1. fuga unică, 2. fuga intermitentă și 3. forma cronică.

* Vezi *Sandu-Aldea* schița „Dezertorul”. În Note și Impresii. Ed. Cartea Românească, București.

unde eroul cântă până la ultima suflare, este împuşcat în faţa publicului şi sucombă în acompaniament de orchestră, ropof de salve şi aplauze. Intradevăr, înainte de reglementarea serviciului militar erau epoci când fugile militare datorite nostalgiei, dorului patologic pentru casă se întâlneau frecuent şi nu este exclus ca în producerea lor afară de factorii care stau la baza tuturor fugilor patologice să fi contribuit într'o măsură oarecare durata excesiv de lungă a menţinerii sub arme sau angajamentele voluntare în gărzii mercenare, legiuni străine. Astfel soldaţii gărzilor mercenare elveţiene sunt pomeniţi de Istorie ca oameni corecţi, fideli şi disciplinaţi, unitatea lor a fost ultima care a părăsit pe Ludovic al XVI-lea şi totuşi dezertau. Aceste dezertări erau atribuite unui cântec numit „*Kuhreigen*“ (doina ciobanilor elveţieni) care le aducea aminte de ţara lor depărtată, provoca o stare nostalgică intensă şi dezertarea se producea (*Dşoara von Heffner*). Făcându-se legătura între cauză şi efect în Franţa s'a interzis cântarea „*Kuhreigen*“-ului iar recalcitrantul era considerat şi tratat ca unul care cu bună ştiinţă îndeamnă la dezertare.

Fugile militare pot lua majoritatea formelor patologice descrise de ex. dromomania lui *Régis*, poriomania, fuga emotivă etc. Factorii care contribuie în parte la declanşarea lor îşi au originea în condiţiunile create de mediul militar al timpului de pace şi războiu. Acest mediu după cum remarcă *Pactet* este un fel de „reactiv mental“ faţă de care devine sensibil orice creier cu rezistenţa diminuată. În baza principiilor de pedagogie militară, pentru a se evita trecerea şocantă la noua viaţă disciplinată şi coordonată, armatele regulate prevăd în programul lor de instrucţie o perioadă aşa zisă de aclimatizare a cărui scop este acomodarea recrutilui cu noul mediu militar.

Din acest punct de vedere, o varietate foarte originală de fugă este fuga recrutilui emotiv „*prin texoarea locului*“ (*Joffroy şi Dupouy*) care impresionat de glumele proaste ale camarazilor din contingentul precedent, reacţionează prin fugă. Alţii din contra simt o adevărată „*vocaţiune*“, sunt atraşi de acest mediu încât însuşi angajamentul în unele cazuri nu este altceva decât un fel de „*fugă spre armată*“ (*Gauthier*). La o altă categorie de indivizi (recruţaţii în lipsă, neprezenţaţii) fuga constituie o manieră de a „*scăpa*“ de armată de care ul-

terior totuși se apropie prin contrast și sunt în stare să se angajeze în legiuni străine (*Aschaffenburg*).

Toți autorii sunt de acord că majoritatea fugilor militare aparțin degenerescenței mentale fiind precedate în unele cazuri de fugi școlare în repetiție sau condamnări din partea Tribunalului civile. Numeroși autori au insistat asupra relațiilor care există între fugă, degenerescență și mediul militar. Degenerații sunt un adevărat balast pentru armată, dezertările lor în repetiție, actele de nedisciplină compromit moralul trupei, în plus sunt capabili de trădare, spionaj, vinderea secretului, înțelegerea cu inamicul încât în unele armate s'a cerut eliminarea lor pentru a se ajunge la „calitate“.

Alcoolismul nu odată poate lua dimensiuni considerabile la trupele metropolitane, în marina militară și armatele coloniale unde se consumă cu deosebire absint (la francezi) și grog (la englezi) încât s'au observat adevăratele fugi delirante sau panofobice. Privățiunile sexuale la oamenii concentrați timp îndelungat pot determina impulsivitatea irizistibilă la dromomanie. Fugile prodromale ale demenței precoce de asemenea au fost semnalate în mediul militar. *Wilmanns* a insistat asupra ușurinței cu care medicii se pot înșela în ceea ce privește debutul acestei afecțiuni și asupra erorilor care pot fi comise. Astfel s'au citat cazuri când hebefrenici veritabili care au săvârșit o fugă prodromală au fost considerați de simulanți și au suferit condamnări din partea Consiliilor de Războiu.

În timp de războiu nu apar boale mentale noi sau forme speciale de fugă, numai cele vechi se întind în fond și suprafață. Mediului războinic îi revine onoarea de a favoriza instalarea nevrozelor, psihozelor, în plus scoate la iveală pe debili și degenerați. În decursul campaniei s'au observat fugi care erau în funcție de nevroza emotivă, anxioasă, traumatică, un sindrom depresiv sau o psihoză. Traumatismele și comișunile cerebrale fiind frecvente, acestea pot determina accese de poriomanie și fugi combinate cu automutilațiune sau încercare de suicid.

Numărul alienațiilor militare crește paralel și progresiv cu durata ostilităților. Dacă în războiul ruso-japonez din 1907 numărul lor a atins cifra 2000 (armata rusă) ceea ce corespunde la 2‰ al efectivului mandciurian, în schimb în războiul

mondial în perioada dintre 1914—1918 numai pe la centrul psichiatic Val-de-Grâce au trecut 25000 de alienați militari (armata franceză).

În campania din Mandciuria Rușii au concentrat soldații alienați la Charbin unde aveau baza principală. Neavând organizațiuni psichiatrice militare sau personal instruit pentru îngrijirea unor asemenea bolnavi (*Granjoux*), aceștia rătăceau în libertate sau alergau pe câmpurile din jurul Charbinului realizând fugi colective și vagabondaj militar în masă. Acest fenomen este unic în Istoria Medicinii în ceea ce privește condițiunile în care s'a produs și dimensiunile pe care le-a atins. Dacă a avut loc, se datorește împrejurării că medicii și ofițerii Ruși nu credeau în posibilitatea existenței soldaților alienați în armată, nu s'a făcut eliminarea lor din timp de pace încât aceste elemente nedorite la care s'a adăugat un stoc nou în războiu nu au întârziat a-și manifesta infirmitatea lor complicând inutil operațiunile strategice ale propriei armate. Acestea se petreceau la 8560 Km. de cel mai apropiat serviciu psichiatic din interior, în condițiuni de transport dificile (*Roubinovitch*, Congr. din Nantes 1909), cale ferată cu o singură linie, blocaj frecuent al căii ferate și alte neajunsuri încât statul major rus la un moment dat s'a găsit în situația de a rezolva o problemă cât se poate de penibilă. Alții au tras concluziuni utile din experiența mandciuriană încât aceste fenomene nu s'au repetat în decursul războiului mondial.

CAPITOLUL III.

Semiologia fugilor

Valoarea semiologică al simptomului fuga este foarte mare, toți autorii fiind de acord asupra importanței lui. Recunoașterea și interpretarea mai amănunțită al acestui simptom echivalează cu un diagnostic în plus nu odată poate deștepta bănuieli asupra debutului unor boale.* Insuși vârsta la care apare fuga poate fi indiciul unor stări patologice. Astfel la copil se va bănui dezechilibrul, arteriația, educația defectuoasă sau vicioasă; — la adolescent demența precoce, tulburările sferei sexuale; — la adult alcoolismul, epilepsia, paralizia progresivă (*Chaslin*); — la bătrân demența senilă și arterioscleroza. In plus se vor avea în vedere afecțiuni ca uremia, sindromul hipertensiunii cerebrale, cisticercocza creierului, hidrocefalia acută, encefalitele, tumorile cerebrale, traumatismele de ordin fizic și psihic.

Profesiunea, religia, naționalitatea, rasa nu indică ceva deosebit. In schimb mediul este un factor favorizant și se știe că anumite colectivități ca școala, atelierul, armața prin structura lor pot oferi condițiuni de contagiune mentală, obiceiurile rele fiind lesne imitate. Totuși ar fi injust dacă s'ar aduce acuze numai mediului școlar, profesional și militar când însuși familia poate oferi condițiuni propice instalării fugilor.

In ceea ce privește prognosticul acestui simptom, din numeroasele cazuri publicate în literatură cât și ale noastre rezultă că repetiția duce la cronicitate sau vagabondaj care este școala primară al delictului (*Hélie*) și al crimei (*Laignel-Lavastine*).

* Vezi fugile prodromale, pag. 34.

Diagnosticul diferențial

Stabilindu-se natura patologică al unei fugi, trebuie determinată varietatea căreia aparține. Afară de antecedente și punerea în evidență a momentelor patologice în care s'a produs fuga ca delirul, confuziunea, demența se va avea în vedere: mediul, vârsta, gradul conștiinței și al memoriei, eventual rezultatele de laborator. O varietate de fugă nu este totdeauna pură și poate să depindă de unele asocieri ca cele dintre isterie, epilepsie, alcoolism și traumatismele craniene. Pe de altă parte un factor ca emoțiunea-șoc poate declanșa mai multe varietăți de ex. dromomania lui *Régis*, fuga emotivă, reacțională, automatismul isteric; la fel alcoolul: fugă panofobică, delirantă, demențială, dipsomaniacală, automatism ambulator și somnambulism alcoolic.

Mult mai dificilă este diferențierea automatismului isteric de cel epileptic ceea ce a determinat pe *Charcot* să afirme că în lipsa convulsiunilor este greu a se decide între aceste două forme, ambele fiind urmate de amnezie. Acest autor a propus să se administreze bromură de sodiu care ar avea rolul de a suprima automatismul epileptic și al lăsa neatins pe cel isteric. Or această metodă nu a dat rezultate satisfăcătoare și atunci s'a încercat refacerea stărilor secundă isterice prin sugestiune, hipnoză și clorofornizare, metode care au desavantajul că nu ne pun la adăpost de erori. Mult mai precise sunt metodele moderne ca studiul desechilibrului humorilor; concentrația ionică, determinarea pH-ului sau al echilibrului acido-bazic fiind știut că în epilepsie predomină alcaloza. În plus atacul epileptic se poate reproduce prin hiperventilație pulmonară sau administrarea unor substanțe provocatoare ca ergotina, pituitrina, cocaina. Fugile cu durată extrem de lungă, bine conduse, realizate în stare secundă și care presupun un grad de conștiință, aprțin isteriei, caracterul principal al fugilor epileptice fiind confuziunea.

În stabilirea diagnosticului fugilor se va avea în vedere că nu este fugă patologică orice act de ambulațiune și atunci trebuie făcut diagnosticul diferențial cu fugile normale, fugile false, fugile motivate, simulațiunea, stările vecine intermediare între fugă și vagabondaj, emigrarea și nomadismul.

Fugile normale pot fi realizate de ex. de copii care între-

prind o activitate locomotrice determinată, în virtutea tendințelor instinctive caracteristice vârstei lor. *Fugile false* aparțin unei grupe de instabili care nu se pot acomoda cu sedentarismul și ubiquitatea care sunt creațiuni ale civilizației actuale. Nu intră în grupa fugilor patologice excursioniștii lumii anglo-saxone care gustă plăcerile „week-end”-ului în regiuni depărtate de sgomotul meropolelor.

Cataclismele înafară de faptul că scot la suprafață pe debili și nevropași care pot realiza cu această ocazie fugi emotive sau reacționale, pot determina *fugi colective motivate*, legitime dictate de instinctul de conservare. Acest fenomen se observă la populațiunile care locuiesc în regiuni vulcanice sau în zona de revărsare a fluviilor mari și nu odată poate lua proporțiuni considerabile ca în cazul erupțiunilor vulcanice din insula Iava sau al inundațiunilor fluviilor Missisipi și Iang-ce-Kiang care au pus în mișcare milioane de oameni. Nu sunt fugari patologici refugiații din timp de războiu între care inamicul obișnuiește a strecura falși refugiați care sunt agenți în slujba lui.

În cece privește *simulația* cu gradele ei disimulație, simulație, suprasimulație trebuie multă prudență în aprecierea acestui simptom deoarece s'a constatat că nu simulează oricine încât unii autori au atras atențiunea asupra isteriei, debuturilor demenței precoce și asupra degenerescenței mentale.

Fugile patologice trebuie diferențiate de o serie de stări vecine intermediare între fugă și vagabondaj ca activitatea locomotrice a semideliranților și seminebunilor lui *Grasset* care sunt la limita dintre patologic și normal, crizele reacționale de mers, deplasarea muncitorilor rătăcitori a lui *Pitres* sau a șomerilor în căutare de angajamente. În plus se vor lua în considerare trimardorii, ambulatorii simpli, delicuenții instabili a lui *A. Petit*, ceasornicarii rătăcitori, meșteri stricăderege care colindă țara pe jos, fac reparațiuni peste tot și se alcoolizează, debili morali și antisociali a lui *Courjon*, comerțianții ambulatori, aventurierii lui *Cullère*, risipitorii degenerați, reumaticii hipocondriaci care vizitează toate stațiunile balneare, Ovreeii rătăcitori a lui *Meige* și halucinații lui *Foville* pe care *Parant* îi consideră de falși fugari pentru că schimbându-și locuința se debarasează de halucinațiunile auditive cu caracter neplăcut și atunci fuga lor ar fi terapeutică

și nu delirantă. Noi credem că această opiniune nu se poate menține deoarece ameliorarea paranoiacilor după o asemenea fugă este momentană, transitorie, acești bolnavi înafară de împrejurarea că nu posedă conștiința boalei lor, nu caută vindecarea în fugă ci scăparea de dușmanii imaginari care îi persecută, halucinațiunile, interpretațiunile și ecoul gândirii se refac în scurt timp instalându-se adevărate fugi patologice delirante care duc la vagabondaj.

La extremitatea opusă fugilor stă *vagabondajul* care după definițiunea lui *Joffroy* și *Dupouy* este „faptul de a rătăci fără a putea reveni la un domiciliu fix“. Acesta timp îndelungat a fost studiat într'o descripțiune comună cu fugile patologice de care s'a separat fiindcă factorii patogenici și mecanismul său diferă de acela care stă la baza fugilor. Noi înșine am căutat să evidențiem cât mai mult distanța ce există între aceste două manifestări ale activității voluntare dar nu am neglijat să insistăm asupra relațiunilor lor, asocierea sau continuarea fugii prin vagabondaj fiind posibilă. *A. Marie* și *Meunier* (citat de *Laignel-Lavastine*) deosebesc trei grupe de vagabonzi: 1. *vagabonzi de origină morbidă (patologică N. A.)* 2. *de origină economică sau socială* și 3. *de origină etnică*. *Joffroy* și *Dupouy* au separat o formă impulsivă vecină fugilor și o formă constituțională în funcție de constituțiunea paranoică numită paranoia ambulatorie. Diferența principală dintre fugă și vagabondaj constă în faptul că prima este o impulsivitate cu caracter acut sau de acces care se poate repeta la intervale mai mult sau mai puțin distanțate asupra cărora nu s'a putut formula nicio concluziune, în timp ce vagabondajul este o formă ambulatorie cronică și numai excepțional poate avea caracter impulsiv.

Emigrarea este o formă vecină vagabondajului care la rasa umană este determinată de factori politici sau economici în unele cazuri rare se poate asocia cu fuga (fuga-emigrare) dar nu este totdeauna definitivă fiindcă unii emigranți revin la ubiquitatea inițială. Această manifestare al activității locomotrice nu aparține numai rasei umane ci e un fenomen biologic al regnului animal în strânsă dependență cu organizarea biologică al unor specii și se observă la grupe distanțate al scării zoologice de ex. la insectele himenoptere și la vertebrate (roitul albinelor, emigrarea lăcustelor, a furnicilor termite, pă-

sărilor călătoare, al unor specii de pești de apă sărată care pieacă în ape dulci pentru a-și depune icrele).

Nomadismul este o varietate de vagabondaj de origine etnică, un fenomen singular sau colectiv caracteristic societăților organizate pe bază primitivă. Se observă la Țigani nomazi, la triburile călătoare, Sioux-i, Tuaregi, Beduini, la populațiunile de stepă, la triburile de păstori din Hindustan etc. După teza atavică sau ancestrală a lui *Florian și Cavagtieri*, acesta trebuie considerat ca o resurecțiune al stadiului nomad ancestral care a fost suprimat de civilizațiunea actuală a cărei bază este sedentarismul și ubiquitatea. Dar civilizațiunea nu a pătruns peste tot sau nu a fost acceptată de toți încât nomadismul primitivilor trebuie interpretat și considerat ca un fenomen sociologic care traduce un anumit grad de organizare și evoluție.

Etiologie și Patogenie

Fuga este o impulsie și un simptom care întovărășește sindrome și maladii din cele mai variate parcurgând un teren patologic foarte vast. Pentru interpretarea etiologiei și patogeniei fugilor posedăm o serie de teze și teorii mai mult sau mai puțin sugestive.

Régis a insistat asupra eredității și a susținut că tendința la fugă sau impulsie migratrice care e precoce, durabilă și paroxistică se poate moșteni. Pentru sprijinirea tezei eredității citează pe *Jean Jacques Rousseau** pe care îl consideră ca „cel mai uman, mai delicat și mai dureros dintre genii“ ale cărui antecedente personale și colaterale sunt foarte încărcate. Intradevăr tatăl, un frate, un unchiu și un verișor german au prezentat instabilitate și tendințe migratrice.** În familia lui *Rousseau* după expresia lui *Régis* nu se găsesc altceva decât „instabilitate, expatriațiuni, disparițiuni“. Autorii nu sunt de acord asupra diagnosticului lui *Rousseau* și afirmă că este un seminebun (*Grasset*), un delirat persecutat prin interpretațiune (*Sérieux și Capgras*), un melancolic persecutat,

* *Rousseau* a fost studiat de către următorii autori: *Régis*, *Kretschmer*, *Grasset*, *Sérieux* și *Capgras*.

** *Régis* împarte fugile lui *Rousseau* în: 1. fugi impulsive propriu zise și 2. fugi prin determinism delirant.

sau persecutat melancolic (*Régis*) care pretinde să fie arestat și cercetat de către autorități crezându-se bănuțit de omor, țăr cu o altă ocazie adresează o scrisoare către Dumnezeu pe care o depune în biserica Notre-Dame din Paris. Dar *Rousseau* nu face toate fugile din cauza stării sale delirante ci unele aveau drept punct de plecare ostracismul societății care apăsa asupra lui și nu putea accepta ideile sale.

Școala italiană a creat o teză bio-sociologică expusă de către *Florian și Cavaglieri*, teza atavică sau ancestrală care a fost acceptată în Franța de *Pagnier*. După această teză sedentarismul este o creațiune a civilizației care a suprimat sau caută să suprime prin toate mijloacele de care dispune viața rătăcitoare sau nomadă care este o înloarcere, o resurecțiune a stadiului ancestral când organizarea societății era în fașe. Omul primitiv s'a înmulțit, condițiunile locale de trai au devenit tot mai grele, lupta pentru existență s'a exacerbat, vânatul, peștele, fructele s'au rărit, izlazurile nu au putut hrăni animalele domestice și omul în mod fatal a devenit călător, nomad. În baza acestor idei fuga se poate considera ca un instinct preistoric, atavic sau ancestral, care zace în stare de latență, dar e gata să apară dintr'un moment în altul sub influența acțiunii izolate sau sinergice a o serie de factori patologici, sociologici și psihologici.

Joffroy și Dupouy au enunțat teoria generală a determinismului psihologic pentru explicarea patogeniei fugilor. După acești autori fondul mental este determinat a priori și pe acesta germinează ideea delirantă sau nedelirantă care poate declansa tot atâtea varietăți de fugă. Chiar dacă intervine un factor toxic ca alcoolul, acesta nu face altceva decât udă un teren mental preexistent deficitar.

Reichardt deasemenea insistă să nu se treacă cu vederea „anomaliile constituționale ale afectivității și voinții” care pot avea relațiuni cu fuga, iar *Vogt* adaugă că dacă fuga poate să apară în urma unor „momente iritative externe”, apoi tot așa de frecuent apare și din cauza unei „disforii autochtone interne.”

În timpul din urmă *Raymond* a încercat să apropie patogenia fugilor de aceea al delirului încât ambele ar fi dubla expresiune clinică al aceleiași stări de dezechilibru psihic care s'ar caracteriza prin exagerarea fenomenelor de automatism

în contul facultăților de control slăbite: când acestea interesează domeniul ideo-senzorial se ajunge la delir, iar în sfera psicho-motrice la fugă.

Urechia și Retezeanu folosindu-se de metoda psihanalitică au opimat că fugile snut în funcție de *insuficiența de reacțiune* a bolnavilor ceea ce îi determină în mod instinctiv să se adreseze acestui mijloc pentru a scăpa de conflictele interioare sau conflictele dintre ei și mediul exterior, comportându-se după o manieră asemănătoare cu al animalelor în fața unui pericol.

Noi înșine am insistat asupra împrejurării că patogenia fugilor în repetiție ar putea avea vreo legătură cu *disoluțiunea incompletă sau defectuoasă a complexului lui Oedip* care se traduce printr'o reacțiune identică față de echivalenții paternali (germ. Vaterersatz) ca aceea care s'a manifestat față de autoritatea paternală într'un stadiu infantil al sexualității.

Delmas opune psihanalizei reflexele condiționate a lui *Pavlov* cu ajutorul cărora încearcă să explice mecanismul fobiilor și al impulsurilor, vechile monomanii a lui *Esquirol*, din care fac parte însuși fugile. Acest autor afirmă că mecanismul fobiilor și impulsurilor sistematizate (de ex. piromania, kleptomania, dipsomania, dromomania) întrunește toate proprietățile reflexelor condiționate în studiul cărora nu s'a insistat îndeajuns asupra educației și repeliției. Dacă în experiențele lui *Pavlov* făcute asupra câinilor excitantul absolut se adresează interesului nutritiv, care la nimal provoacă un efect emotiv maxim, nu este mai puțin adevărat că anumite excitațiuni psihice sau externe care sunt condiționate pot declanșa la om reacțiune fobică sau impulsivă, care este identică pentru un excitant repetat încât cu timpul se educă reflexul. Acest reflex persistă îndefinit sau trece în stare de latență, pentrucă ceea ce nu poate realiza câinele lui *Pavlov* poate realiza omul care posedă psihism superior, prin urmare excitațiunile și secusele repetate îl pot educa mult mai bine.

S'a obiectat că reflexele condiționate nu oferă ceva nou, nu prezintă un avantaj deosebit față de psihanaliză care conține tot, în plus nu se poate stabili nicio concordanță între refularea, deplasarea și transfertul lui *Freud* și aceste reflexe.

Grasset a enunțat o *teorie anatomică*. Acest autor admite

existența unui centru ipotetic poligonal O ale cărui leziuni ar determina o desagregare subpoligonală, iar consecința ar fi automatismul ambulator. Teoria lui *Grasset* nu are baze experimentale, nu a fost acceptată de nimeni, pentru că existența și funcțiunile centrului automat poligonal nu se pot demonstra.

De Morsier din școala elvețiană a expus o teorie neuro-fiziologică prin care interpretează o serie de manifestări patologice comentate în trecut cu ajutorul psihologiei ca automatismul mental, motor, ambulator, starea secundă, starea crepusculară, fuga epileptică, somnambulismul, vigitantismul, care toate la un loc ar fi consecința suprimării temporare al unei funcțiuni cerebrale, funcțiunea de aquisivitate mnezică, condiționată de integritatea unui grup diferențiat de neuroni, calea prefrontală sau mnezică. Suprimarea acestei funcțiuni s'ar datora unui blocaj trecător al căilor mnezice care nu pretinde distrugerii prin leziuni, traumatism sau toxiinfecțiune. Blocajul transitor al funcțiunii de aquisivitate mnezică ar putea fi realizat de factori ca alcoolul, oxidul de cărbune și autointoxicațiunile. *De Morster* insistă asupra experiențelor lui *Speck* (1892) care închizând indivizi sănătoși într'un clopot de sticlă a observat că introducerea unei cantități minime de oxid de cărbune a făcut dificilă fixarea mnezică pentru durata intoxicării. În plus amintește că fenomene identice s'au semnalat în decursul războiului mondial în urma inhalării gazelor de combustie ale armelor automate și acestea au fost cu deosebire pronunțate la servanții mitralierelor care au tras timp îndelungat dintr'un adăpost rău aerisit. Acest autor mai insistă asupra uremiei, intoxicațiunilor de origină intestinală (colon) și asupra encefalitelor.

După teoria neuro-fiziologică a lui *de Morsier*, fuga trebuie considerată ca o manifestare dependentă de blocajul transitor al funcțiunii de aquisivitate mnezică. Această teorie explică destul de bine caracterul de acces al fugilor, însă înglobarea stărilor secunde cu fuga epileptică este arbitrară deoarece primele presupun un proces psihopatologic.

Parant (1909) a afirmat că dacă unele fugi se dătoresc supra activității motrice, erotice sau intelectuale, în schimb altele nu depind de o tulburare specială a activității ei etiolo-

gia lor trebuie căutată în „diminuarea sau ștergerea uneia din funcțiunile superioare ale creierului”.

Psichiatria legală a fugilor

Fugile patologice pot fi întovărășite de o serie de acte medico-legale ca atentatul împotriva proprietății, furtul, ex-crocheria și delapidarea, atentatul la ordinea publică, scandalul, tulburarea liniștei, conflicte cu reprezentanții autorităților, ultragiul la morala comună, acostarea femeilor, limbajul lubric, exhibiționismul, pederastia, delikte și crime, ofensa, agresiunea, lovirea, provocarea de leziuni grave corporale, violul, homosexualitatea, necrofilia, darea de foc, omuciderea. Dintre fugile patologice numai în dromomania lui *Régis* s'a semnalat absența completă a delictelor.

Fuga (dezertarea) în ochii autorității militare prin ea însuși constituie un delict, chiar dacă se produce în stare de beție delirantă, justiția militară nu acordă circumstanțe atenuante ci unele coduri militare ca cel francez și american, consideră alcoolismul ca o circumstanță agravantă.

Condițiunile în care se produc anumite delikte în decursul fugii de ex. furtul, însuși denotă natura patologică al actului. Astfel istericul în stare secundă, fără să fi prezentat kleptomanie, monokleptocolecționism sau polikleptocolecționism în stare primă, crede că este în dreptul său de a însuși un obiect sau o sumă de bani. Dementul paralytic poate să-vârși un furt banal fără să ia vreo precauțiune încât lesne este prins. Alteori bolnavii fură obiecte care servesc la deplasare, la fugă de ex. un cal sau o bicicletă.

Ultragiul adus moralei comune ca exhibiționismul, onania, apariția în public fără vestminte sunt acte care pot fi realizate de paralytici progresivi, debili mentali, confuzi și demenți. S'au citat cazuri când unii bolnavi în plin acces de automatism ambulator au fost în stare să urineze în public pe un partner cu care întrețineau o conversație relativ afectuoasă și s'a discutat dacă asemenea manifestări aparțin stărilor secunde isterice sau confuziunii epileptice.

Violul, leziunile grave corporale, omuciderea pot fi realizate de fugarii imbecili, demenți, alcoolici sau epileptici. Piromania este un fenomen al mediului rural care a fost sem-

analat în fugile panofobice ale alcoolicilor și în fugile epilectice.

Fuga poate fi un preludiv sau prodrom al vagabondajului care duce la cerșetorie și parazitism social încât și din acest punct de vedere trebuie reprimată cu energie. Femeea imbecilă, debilă sau degenerată în decursul fugii se poate deda la prostituțiune clandestină și devine un agent de propagare al boalelor venerice.

Fugarii pot realiza acte medico-legale care nu sunt îndreptate numai împotriva altora ci la rândul lor pot fi expuși la o serie de accidente. Astfel somnambullii pot cădea dela o înălțime oarecare și suferă fractura bazei craniului, alcoolicii pot fi expuși la un delirium tremens, confuzii mentale pot pleca îmbrăcași superficial și în decursul iernei pot riscă o pneumonie, traumatizații asupra capului se pot deda la automutilațiune, iar melancolicii, emolivii și istericii la suicid voluntar. Alteori degenerații în decursul fugilor repetate se pot deda la risipă de bani, fac împrumuturi oneroase, pe de altă parte cheltuielile de urmărire și transport pot avea repercusiuni materiale serioase asupra averii proprii și al familiei, încât se pune problema interdicției sau al curatelei.

În toate fugile patologice se pune problema simulației (cu gradele ei). Omul artei va recurge la tact și prudență, în cazurile de expertiză, va stabili starea psihică a bolnavului, va încerca să reconstituie condițiunile care au prezidat declanșarea fugii și se va pronunța numai după o observare atentă al cazului.

O altă problemă este stabilirea rezponzabilității, elementul represiune fiind în funcție de aceasta. În fugile confuzionale, onirice, demențiale, amnezice, prodromale, în poromanii și în fugile oligofrenicilor care pot fiacompaniate de tulburări însemnate ale fondului mental, ale conștiinței și memoriei, nu încape nici o îndoială că forțele patologice au învins rezistența fizică, psihică și morală al bolnavului încât se poate opina pentru iresponzabilitate. În fugile care au la baza lor emoțiuni puternice, stări obsedante, depresiune, șocuri afective repetate, conflicte sexuale, tulburări ale sferei ideației, se va aprecia după caz măsura în care factorii psihologici au dominat liberul arbitru și au determinat fuga, încât se poate acorda semiresponzabilitate. În fugile degenerațiilor și psihopațiilor, în cazurile cu puține stigmatе de degeneres-

cență, cu memoria, conștiința și inteligența bună, responsabilitatea rămâne în întregime.

Impulsiunea la fugă și perversiunile degenerațiilor trebuie reprimată cu energie fiindcă pedeapsa poate avea o valoare profilactică. Astfel în țările din apus s'a observat că impulsivitatea patologică la furt, kleptomania, a dispărut aproape cu totul în urma severității organelor judiciare.

Profilaxia și terapia fugilor

Profilaxia fugilor intră în domeniul profilaxiei și igienei mentale fiind similară cu profilaxia sindromelor și maladiilor pe care le acompaniază fuga.

Actualmente nu posedăm nici un criteriu care ar putea indica apariția fugilor încât nu poate fi vorba de o prevenire a lor. În fugile repetate ale dromomanilor, istericilor și epilepticilor avem anumite prodrome care au fost expuse la capitolele respective; acestea au valoarea unui adevărat „signal-simptom“ și atrag atențiunea asupra manifestărilor patologice ale activității locomotrice. Dacă oprim pe dromomani să realizeze accesul, pot să apară impulsivități și fobii compensatoare, adevărate echivalente ale fugii, ca raptusul paroxistic și claustrofobia.

Măsurile profilactice nu se pot generaliza în toate cazurile de fugă. Dacă supravegherea este indicată de ex. în fugile confuzionale și dementiale, în schimb în fugile delirante ale paranoiacilor poate exacerba ideile delirante sistematizate ale bolnavilor care pot ajunge la concluziunea că supraveghetorii sunt în slujba adversarilor imaginari, încât pot recurge la reacțiuni periculoase pentru familia lor.

În schimb la copii se pot încerca anumite măsuri profilactice ca educația, supravegherea începuturilor erei sexuale, recomandarea gimnasticii sau al artei, mijloace care ar putea avea o valoare profilactică.

Trebuie să recunoaștem că mijloacele profilactice actuale sunt de o eficacitate foarte redusă în practică, încât măsura cea mai rațională care se impune pentru majoritatea fugilor patologice este izolarea și internarea care au avantajul că oferă condițiuni de supraveghere și tratament superioare îngrijirii familiare, în plus previne manifestările medico-legale

care pot fi îndreptate împotriva societății sau împotriva bolnavilor însuși.

Procedeele terapeutice vor fi în funcție de varietatea de fugă întâlnită; în fugile alcoolicilor și toxicomanilor se va recurge la o desintoxicare rațională, la emotivi și anxioși se va încerca psihoterapia, iar în nevroze, în psihastenii și în degenerescența mentală se recomandă psihanaliza. Această metodă este contraindicată în fugile delirante deoarece un melancolic pus în cauză că prezintă complexul lui Oedip sau tendințe erotice refulate, se va acuza că acestea sunt cauza tuturor nenorocirilor care s'au abătut asupra familiei sale și cu atât mai mult va încerca tentativa la suicid; paranoiacul deasemenea în decursul ședințelor poate deveni hănuitor, eventual canalizează întreg sistemul său delirant asupra medicului psihanalist.

Procedeele de pedagogie medicală, psihoterapia și psihanaliza la degenerați pot fi urmate de insucces, încât în unele țări s'au creat azile de corecție pentru copii, azile închisoare și colonii psihiatrice pentru adulți, în plus s'au propus măsuri eugenice ca interzicerea căsătoriei și sterilizarea pentru a se împiedeca propagarea valorilor negative, al elementelor nedorite și periculoase societății.

CAPITOLUL IV.

Observațiuni clinice *

I. M. P. 31 ani, subofițer în jandarmerie. A fost reformat din cauza automatismului său ambulator. Nici o tară nervoasă în antecedentele hereditare și colaterale. În antecedentele personale: febră tifoidă la 12 ani; în timpul războiului intoxicație cu gaz de care s'a vindecat; dela vârsta de 28 ani abuz moderat de alcool. Maladia actuală datează din luna Mai 1920 când a făcut primele fugi.

La această dată urmărind un infractor în fruntea unei patrulare, a hoinărit prin munți un timp mai îndelungat încât soldații au remarcat că se comportă anormal și l'au condus la post.

În 1921 patrulând în raionul său, face o fugă și se deșteaptă la marginea Mării Negre la câteva sute de kilometri unde un jandarm îl informează asupra locului și îl conduce la postul său pe care l'a părăsit de opt zile. Bolnavul își amintește de locurile pe care le-a parcurs precum și trecerea Dunării, pe urmă face mai multe fugi automate, în timpul cărora dresează rapoarte asupra unor infractori fictivi, incidente care au determinat reforma sa. După acest traumatism psihic fugile devin mult mai frecvente, bolnavul ia trenul și revine la normal după distanțe mai mult sau mai puțin depărtate. Își amintește că voiajul îi apare ca o impulsivune irezistibilă. În decursul voiajului, în stare de automatism, lăsa ba-

*) Cazurile care urmează în număr de 5, sunt observațiuni făcute asupra bolnavilor din Clinica Psihiatrică din Cluj fiind studiate din punct de vedere psihanalitic (4 cazuri) de către Dl Prof. C. I. Urechia în colaborare cu Dl Asistent Dr. I. Retezanu și publicate în literatură cu altă ocazie. Domniile Lor mi-au acordat permisiunea de a le relua în lucrarea de față și îi rog să primească mulțumirile mele. N. A.

gajele la prieteni, prăpădea toți banii și la deșteptare nu își amintea decât vag amănunțele călătoriei sale și nu știa pentru ce se găsea într-o localitate.

Bolnavul nu a rămas timp mai îndelungat în clinică pentru a i se face psihanaliza.

II. I. M., 46 ani, căsătorit, funcționar. În antecedentele sale eredo-colaterale nimic deosebit. În antecedentele personale infecțiune luetică la 23 ani, reumatism articular la 29 ani. Maladia actuală a început acum 7 ani când bolnavul și-a părăsit serviciul fără motiv hoinărind cea mai mare parte din timp. Noaptea dormea puțin (două-trei ore) și visa că îl mușca câinii încât se deștepta plângând. Adesea când își propunea să meargă într'un oraș oarecare ajungea în altul depărtat la câteva zeci sau sute de Km. Între timp bolnavul a slăbit 20 de kg. Fizic: Pupilele puțin inegale, cu un contur ușor neregulat; reacțiunea la lumină se produce cu incursiuni mici. R. B. W. în l. c. r. negativă, Pándy deasemenea negativ. R. B. W. în sânge este pozitivă. Memoria puțin slăbită. Se plânge că are o senzație de gol în creier. Bolnavul a întrerupt tratamentul psihanalitic de teamă să nu fie „descoperit“.

Este vorba de un individ al cărui tendințe criminale și impulsuni la furt, sublimat minună până în 1916, prin ocupația sa de detectiv, au fost scoase la suprafață prin războiul mondial. Voluntar în armată, a fost citat prin ordin de zi. S'a distins mult în luptele la baionetă. După războiu a rămas în armată ca subofițer, dar serviciul relativ liniștit al timpului de pace nu l'a satisfăcut.

Cu ocazia unei anchete, făcând declarațiuni nefavorabile împotriva unui superior, acesta s'a comportat foarte sever. Bolnavul neputând suporta severitatea fără să reacționeze energetic, a dezertat: „Eu am luat trenul până la C.... (o stațiune de frontieră), acolo mi-am dat seama ce fac și m'am întors la regiment“. Apoi a demisionat și s'a angajat din nou în serviciul de siguranță al statului. Dar de data aceasta procesul de sublimare n'a mai avut loc, pentru că virtuțile care altădată l'au ajutat la sublimare, în mare parte au fost refulate numai decât. După o lună a părăsit serviciul și a intrat ca lucrător în cinci fabrici diferite, rămânând tot mai puțin într'un loc, încât nu s'a mai angajat în altă parte: „Imi era teamă să mă angajez. Mergeam până la poartă și mă întoarceam“.

Ca urmare temându-se să rămână mai mult timp în același oraș, a parcurs trei sferturi din România, cea mai mare parte pe jos. Motivul aparent era totdeauna același: „Mi se părea că serviciul cuțare nu mi-ar conveni“. Despre orașe spunea: „Nu îmi convin“. Nici forțele naturii, nici vântul, nici ploaia, nici frigul nu puteau să-l rețină, mergea pe jos, peste văi și peste munți, pentrucă nu-i plăcea să meargă pe drum chiar dacă ar fi plouat. Odătată a intrat în apă până la piept.

Singurele locuri care îi „conveneau“ erau acelea unde și-a petrecut în timpul războiului. Rămânea mai multe zile în tranșee, de unde pleca să nu atragă atențiunea locuitorilor din jur. Evita oamenii pentrucă îi produceau teamă: „Mi se părea că mă urmăreau“. Când se credea urmărit, sau când simțea că un oraș nu-i convine, ceva penibil îi urca la cap și pleca imediat.

Noi credem că în acest caz războiul nu a luat sfârșit în subconștientul său; tendințele care l'au făcut soldat bun, n'au fost încă refulate și temându-se ca tendințele sale să nu fie observate evita societatea nesimțindu-se bine decât în locurile unde, din cauza tendințelor sale, a fost victorios, și mai ales considerat ca atare de camarazii săi.

III. E. S., 11 ani, elevă la școala primară, este adusă de mama sa. Aceasta e nervoasă, a avut eclampsie, sifilis și avorturi spontane. O soră a bolnăvei este arierată; un frate epileptic. În antecedentele sale găsim alcoolism la tată și la bunnic, iar în antecedentele colaterale prostituțiune la o mătușe. În antecedentele personale: tusă convulsivă în primul an, gripă la 4 ani, rușeolă la 6 ani. Are dinți eredo-sifilitici.

Până la vârsta de 9 ani s'a comportat normal, era sărguincioasă, ordonată dar după câțva timp a devenit neglijentă, iritabilă, a repetat clasa 4-a și a prezentat fugi.

Într'o zi de Octombrie după masă a părăsit casa și s'a întors numai pe la orele 8 seara. Întrebată de mama sa, afirmă că s'au jucat cu alți copii și fiind târziu, nu a avut curajul să intre.

În timpul iernei într'o zi rece a plecat după masă și s'a întors pe înserate tremurând, spunând că a fost la biserică și a privit vitrinele. După câteva zile a venit târziu dela școală, și aceasta timp de trei zile consecutiv. După 2 săptămâni face din nou fugi. Părinții fac tot posibilul să o rețină dar găsește

mijloacele de a evada și de a hoinări ore sau zile întregi. Fiind admonestată, ea nu manifestă niciun regret, dar promite că se va îndrepta.

Mama a observat că fiica sa, înainte de a face o fugă prezintă nervozitate, este agitată, distrată și plânge lesne. A părăsit de multe ori școala și revenind într'un târziu, a fost foarte obosită și a dormit numai decât. Uneori vorbește în somn și din vorbele ei se constată preocupări zilnice; alteori a prezentat terori nocturne.

Bolnava preferă societatea băieților, este cochetă, îi place să se îngrijească și să-și pieptene părul, ar dori să fie bogată și elegantă, frecventează teatrul și cinema unde admiră toaletele. Reproșează părinților săi că nu sunt destul de mondeni, că nu gătesc mâncare mai bună și nu se amuzează îndeajuns. Ar dori să facă cursă cu automobilul, iar când va fi mare va câștiga bani mulți, va purta toalete drăguțe, va avea casă frumoasă și bijuterii.

Fugile sale, caracterul capricios, tulburările de caracter, imposibilitatea de a urma școala, au determinat pe mama să o ducă la noi.

Psichanaliza ne-a arătat că în acest caz mijloacele de satisfacere a libidoului erau admise de către eu (fetița se masturba, practica jocuri și atuşări perverse), — până când mama o determină să nu se masturbeze, încât i-a tulburat echilibrul libidoului. Din acest moment, *eul* refulând pervesiunile, conflictul dintre eu și sexualitate a devenit patologic și s'a instalat nevroza. Cât timp *eul* a admis satisfacerea libidoului prin masturbare, a fost capabilă de sublimare și din cauza aceasta la început a fost elevă bună; odată ce s'a declarat conflictul patologic, bolnava nu a putut să-și revină încât din acest conflict a eșit un compromis: — fuga. Aceasta a restabilit un echilibru relativ și a dat posibilitate bolnavei să rămână în societate.

În primele ședințe a fost suficient să i se arate puțină bunăvoință, amabilitate și a o convinge că ceea ce spune nu se va repeta mamei pentruca să se comporte ca o depravată, cinică, vocabularul ei fiind plin de amănunte obscene, spuse cu mare plăcere.

Bolnava își amintește că deștepta pe tatăl său în fiecare dimineață. Odată fiind la mare a asistat la un raport sexual

(fără să se știe că ea este de față) și atunci a simțit ceva neobișnuit la organele sale genitale și s'a masturbat pe loc. Din acest moment urmărea pe cei ce se scăldau în mare, era atentă și asculta vorbele lor obscene. Privind și ascultând, se excita pe urmă se masturba. Ea expune amănuntele scenelor pe care le-a văzut într'un mod așa de imoral încât ne-am putea gândi mai mult la scene imaginare decât reale.

Revenită la părinți de câte ori se masturba, se gândea la scenele văzute la mare; văzând pe mama sa alături de tatăl său în pat, făcea o legătură între părinții săi și cuplul amoros văzut la mare; inchipuindu-și părinții în aceeași pozițiune, se excita și se masturba. „Și eu aș fi dorit să fiu în locul mamei, alături de tatăl meu în pat“, — complexul lui Oedip. Din cauza aceasta deștepta pe tatăl său în fiecare dimineață îmbrățișându-l.

Scenele dela mare s'au petrecut la vârsta de 6 ani. Mai târziu când era la școală simpatia sa s'a îndreptat mai mult spre fratele său în așa fel încât în prezent fetița declară: „Iubesc pe tatăl meu, dar iubesc mai mult pe fratele, pentru că știe să se joace cu mine: — mă gădilă pe burtă“. Ea se joacă cu fratele său, dar câteodată se culcă în același pat, și atunci acesta încearcă să atingă organele sorei sale. Atunci fetița țipă, motivând mamei că probabil a visat. Dimineața privea pe fratele său gol, și „fiindcă cecece făcea nu era bine“ îi dădea răzând o lovitură pe fesă. În același timp se gândea că tatăl său putea să fie altfel conformat, dorea să-l vadă gol și atunci se excita.

Tensiunea tendințelor libidinale a fetiței a fost mărită prin conduita unui „domn care cunoaștea pe mămișica“. Acesta o acosta, îi dădea bonboane și îi vorbea foarte liber, o numea de ex. cu diminutivul organului genital feminin. Într'o zi acesta simulând că urinează, fetița i-a înțeles intențiunea și privindu-l, a simțit o plăcere mare. „Domnul“ a voit să o cuprindă dar fetița a fugit fiindcă se temea de mama sa. Aceste scene s'au repetat aproape zilnic, libidoul a fost satisfăcut prin masturbare, iar fetița urma școala și părinții n'au observat nimic anormal.

Făcând o mică mărturisire mamei sale, fetița a întrebat-o pentru ce se simte plăcere când se gădilă organul genital și pentru ce ești forțat să te masturbezi. Mama n'a înțeles că

vorbește din experiență, s'a mirat, a dojenit-o și i-a descris consecințele onaniei.

În acest moment, producându-se conflictul dintre eu și satisfacerea libidoului, s'a instalat nevroza. Fetița își amintea cu regret de timpul când se satisfăcea în voie și de scenele care o excitau și odată când fratele său a gădilat-o prea tare într'o recreație, în dosul unei grămezi de lemne unde s'a refugiat din cauza lui, n'a mai intrat în clasă și nevoind să se masturbeze, a fugit dela școală cu intențiunea de a merge la o rudenie, la mare sau în altă parte unde sunt mulți băieți și unde i se părea că va găsi mai multă libertate.

Când se excita, nu mai făcea onanie, ci făcea fugi. Altădată fiind onanistă, nu simțea dorința de a pleca; acum fiind abstinentă din cauza consecințelor masturbațiunii, adesea părăsea casa.

În timpul din urmă dorința de a se masturba apărea nu numai când era excitată sexual ci în urma unei tensiuni psihice neînsemnate, câteodată chiar când era contrariată, și dacă nu se masturba, fugea dela părinții săi. Când trebuia să rezolve o lucrare sau problemă mai grea, se excita, fenomen cunoscut în psihanaliză: ejaculațiunile din timpul examenelor, ea simțea nevoia imperioasă de a se masturba și dacă nu pleca, trebuia să se masturbeze; adeseori în timpul acesta nu se masturba, ci pleca lăsând lucrarea sau problema neterminată.

În ce privește tratamentul bolnava din motive familiare a părăsit clinica încât nu s'a butut ajunge la o liberare completă a libidoului încât „programul maxim“ a fost realizat numai în parte.

IV. I. K., 17 ani, coafor de dame. În antecedentele sale, eredo-colaterale se găsesc maladii mentale la bunicul și bunica paternală care a decedat în clinica noastră; bunica maternală a avut paralizie agitată; bunicul paternal a fost alcoolic și jucător pasionat de cărți. Unchiul bolnavului a fost alienat. O soră este nervoasă și lesne iritabilă, iar mama sa a avut un avort spontan. Antecedente personale: la trei ani pleurezie. Elev foarte bun la școala primară, la 14 ani face erizipel la gamba stângă cu febră mare și delir profesional. Boala actuală a început acum un an și jumătate când bolnavul a părăsit brusc atelierul unde lucrase; și-a vândut pardesiul și cu

banii a călătorit la o rudenie. După o săptămână a fost readus de către tatăl său refuzând să dea vreo explicație asupra acestei fugi. Pe urmă a săvârșit mai multe fugi mergând adesea la această rudenie unde hoinărea prin oraș și împrejurimi. Odată a fost găsit în stare deprimată la un vecin.

Bolnavul acuză o cefalee atroce care apare periodic a 10 sau a 15-a zi în fiecare lună când simte necesitatea imperioasă de a pleca „din societate” pentru a nu fi văzut și pentru a nu vedea pe nimeni. În timpul acestor fugi bolnavul este lucid, are o insomnie puternică și inapetență; după două-trei zile cefalea cedează, bolnavul revine la ai săi flămând, epuizat și prezentând o somnolență așa de intensă, încât adormea în decursul lucrului. Cefalea nu ceda la analgezice și în parte prezenta caracterele migrenei. Din cauza acestei migrene pornea prin împrejurimi și se culca la pământ cu fața în jos. Când apărea cefalea bolnavul vedea slab și nu putea ceti. La examenul oftalmoscopic se găsește o nevrită optică bilaterală, tensiunea arterială retiniană fiind:

$$\frac{Mn}{Mx} = \frac{50}{80} \text{ (hipertensiune al minimei).}$$

Tensiunea l. c. r. 53 (Claude). La câteva zile după puncțiunea lombară părește clinica ameliorat. După o lună intră din nou prezentând o cefalee intensă în regiunea fronto-parietală și lasitudine.

În acest caz se pare că reacțiunea prin fugă își are origina în împrejurările războiului când la vârsta de 3—4 ani fiind întovărășit de mama și sora sa, a trebuit să schimbe frecuent domiciliul din cauza bombardamentului. „Odată m'am refugiat la mătușa mea fiindcă se împușca pe stradă”. După războiu mama s'a măritat a doua oară. Când îl dojea tatăl vitreg, se refugia la mătușa sa.

Această reacțiune este rezultanta unui conflict între tendințele sale inconștiente și eu. Bolnavul povestește că mama sa fiind suferindă, „în fiecare zi o duceam vara la soare, era desbrăcată și mă gândeam să mă culc alături de ea, dar știam că nu e permis și îmi căutam de lucru”.

Legăturile dintre copil și tatăl vitreg s'au îndârjit, acesta era foarte strict, nu-i permitea să hoinărească pe stradă și adesea îl snopea în bătăi.

Când observa că copilul pleacă, la întoarcere îl lega cu

lunja de piciorul mesei. „Atunci nu puteam să mă depărtez de mama mea și puneam apă rece pe cap“.

Această conduită cu totul contrară comportării tatălui său adevărat, a avut o influență profundă asupra sufletului copilului.

Tatăl său adevărat îl lua la atelier, îl ducea cu el, sau îi permitea să-și petreacă timpul după plac. Copilul se juca cu lovarășii în stradă sau mergea în împrejurimi, la rău. Tatăl său se purta cu el ca un camarad, chiar exagerând puțin camaraderia, și copilul iubea aceste exagerări. „Noi intram în cabarete și chefuiam împreună, ceea ce îmi plăcea. Când eram de 7 ani tata a băut prea mult vin, a intrat în casă, s'a împiedecat de o piatră, a căzut și a murit. Când am văzut sânge, m'am speriat și am fugit“ (Se vede aceeași reacțiune).

Din descrierea acestor scene se vede lesne, că prin diferența de atitudini, manifestările normale (jocurile în stradă și în împrejurimi), tot așa ca cele perverse (obiceiul de a intra prin cabarete ca un adult și a bea) fiindu-i interzise, caracterul copilului s'a schimbat obligându-l la alte manifestări încât nevroza s'a instalat.

Simptomele nevrozei au fost reprezentate prin fugi, prin durerea gambei (aceasta s'a supraadăogăt), care nu a cedat prin medicamentele administrate și printr'o cefalee (analoagă aceleia pe care o simțea alături de mama sa când își punea apă rece pe cap).

Prima fugă mai depărtată de casă a avut loc în toamna anului când și-a îngrijit mama, dupăce a fost bătut de tatăl vitreg, dar el s'a întors după plecarea tatălui vitreg. „Și atunci mama mea m'a mângâiat“. După sfatul mamei sale adesea nu venea la prânz numai după plecarea tatălui vitreg și băiatul era încântat că rămânea singur cu mama sa și era mângâiat de ea.

De câteori întâlnea pe tatăl vitreg, se comporta ostil. „Într'o zi m'a bătut și eram pe punctul de a-l omorî cu un cuțit, m'a bătut din nou și am dispărut cu intențiunea de a mă îneca (auto-punițiune), dar m'am gândit că mama va plânge și am plecat la mătușa unde am stat 3 zile“. Intre timp părinții s'au certat, tatăl vitreg a fost „alungat“, iar copilul s'a întors la mama sa: „eu m'am purtat foarte bine cu mama. făceam tot ce dorea“.

După opt săptămâni soțul s'a întors beat. „In timpul lipsei lui dormeam în aceeași cameră cu mama, dar când s'a întors tatăl vitreg m'am urcat în șopron (sentiment de culpabilitate) unde am stat desbrăcat, încât era să îngheț; era iarnă și era frig...“ Menajul s'a continuat, copilul se refugia luni sau săptămâni la mătușa, la o verișoară sau alte rudenii, dar „mă întoarceam să văd pe mama“.

Ceilalți membri a familiei nu-l interesau. Bolnavul are trei surori, două din căsătoria doua a mamei și alta mai mică decât el care e adevărata sară (dela același tată). Bolnavul nu putea suferi pe această soră și o bătea pentru că tatăl vitreg nu o brusca și îi cumpăra tot ce dorea. „Dar când a fost de 7—8 ani (el avea 8—9 ani), o iubeam mult, făceam baie împreună și odată am avut o erecțiune“.

Din felul cum relatează aceste amănunte, se vede că antipatia față de tatăl vitreg își are origina în simpatia pe care acesta o manifesta față de sora sa care accepta cadourile sale.

Când era de 11—12 ani se gândea să aibă un raport sexual cu sora sa, se excita, avea dureri de cap și își puna comprese reci.

Singurul vis de care își amintește, e colorat cu amorul față de soră, ceace pune în evidență complexul acestei fixațiuni. Acesta e un vis pe care l'a avut când a fost în clasa treia secundară. „Am visat o fetiță care se certa cu mama și am mers într'o casă singuri fiindcă eram destul de mari, — am vrut să mă culc cu ea, dar aceasta m'a trântit și ne-am certat până la deșteptare“.

„Fetița care s'a certat cu mama sa“ corespunde unei fetițe pe care o cunoștea și sorei sale. „Amândouă sunt blonde, au ochii albaștri și mai înalte decât mine; eu am vrut să mă culc cu ea, dar aceasta n'a arătat aceeași dorință“.

Mai târziu cu ocazia primului său raport sexual (la 16 ani) femeea dorită era totdeauna blondă, cu ochi albaștri ca aceea din visul său. „Intorcându-mă acasă, am avut durere de cap, mi-a fost cald, am crezut că am febră, — iată pentru ce eu nu m'am dus altul“.

Se observă deasemenea dorința de a fi mare, de a nu depinde de tatăl vitreg: — „Am voit să studiez dreptul și să devin avocat“. Atragerea față de această profesiune a fost determinată de intențiunea de a obține bunurile rămase dela tatăl

său și mai ales prin dorința de a poseda câteva bijuterii luate de un unchiu.

Dorința de a deveni mare, realizată în vis, l'a îndemnat să părăsească liceul în clasa 3-a; „am plecat fiindcă doream să fiu așezat“; cum nu iubea nici o meserie, împins de dorința de a fi liber, de a câștiga bani, pentru a fi asemenea tatălui vitreg, a părăsit una după alta meseriile începute.

Prin urmare fuga sa corespunde dorinței de a fi într-o altă situațiune. Aceeași conduită a avut-o în școală, fiind în conflict continuu cu profesorii, — care simbolizau pe tatăl vitreg, fiindcă mijloacele lor educative se rezumau mai mult la punițiuni corporale.

„Odată, în timpul iernei, m'am certat cu un coleg și l'am bătut. Temându-mă de pedeapsă, am fugit la un vecin unde am rămas 3 zile; dar tatăl vitreg m'a dus acasă. La școală profesorul m'a bătut și m'a forțat să stau sub catedră, dar eu am mișcat catedra, nu putea serie și atunci m'a dat afară din clasă; — eu nu m'am dus acasă ci m'am jucat cu un prieten până seara. Profesorul mi-a spus să-l chem pe tata la școală, i'am răspuns că nu poate veni fiind la lucru, și atunci, m'a trimis acasă, am plecat la un vecin și cu fiul său am plecat și am lipsit o săptămână întreagă“. În febul acesta s'a comportat în decursul școlarității.

Părăsind școala, a intrat la un croitor, dar după câteva luni l'a părăsit sub pretext că era prea cald în atelier; după aceea a intrat la un electrician și la un mecanic unde a rămas puțin, fiindcă nu iubea pe patron precum nu a iubit nici pe profesori și nici pe tatăl vitreg. La cea mai mică observație ce i se făcea reacționa prin fugi, părăsea lucrul și o lua de-a rasna prin împrejurimile orașului.

Un prieten i-a vorbit despre avatagiile meseriei de coafor de dame și s'a angajat ca ucenic. „Iubeam această meserie și nu o pot părăsi, ...îmi plac mai ales perurile blonde. Când fac coafura unei artiste (patronul este coaforul Operei), mă excit, am puțină durere de cap, încep să muncesc și totul trece. (sublimare prin travaliu). Când prepar peruci mă excit, știu pentru care balerină trebuiesc aranjate, dar cu puțină apă rece pe cap continuu lucrul. Uneori am dureri atroce și atunci părăsesc travaliul“. În aceste cazuri excitația fiind prea excesivă, travaliul îi părea ca o punițiune, avea dureri de cap și

pentru a satisface tensiunea tendințelor nesatisfăcute, făcea fugi.

La început schimba meseria din cauza tulburărilor sexuale și a imposibilității de a le sublima. Ca coafor, sublimarea s'a realizat în parte, dar sexualitatea fiind satisfăcută anormal, urmează că sublimarea este defectuoasă, în așa fel, încât munca bolnavului este inhibată.

Când a fost la școala de ucenici a avut o neînțelege cu un camarad care l'a lovit în cap cu un ciocan. A fost dus la Clinica Chirurgicală unde a rămas 3 săptămâni remarcăm că bolnavul indică timpul scurs prin cifra 3: 3 zile, 3 săptămâni, 3 luni etc.; acesta e un simbol bine cunoscut în psihanaliza. După „3 zile“ s'a întors la clinică cu o cefalee atroce; cu această ocaziune a fost supus unei intervențiuni chirurgicale. „De atunci cum apar durerile, am dorința de a dezerta ca să nu văd lumea“.

Odată după ce și-a vândut paltonul a plecat să caute un unchiu a cărui adresă nu o cunoștea, găsindu-l numai din întâmplare, ...dar tatăl adoptiv a venit după el. În decursul călătoriei a voit să sară din tren, dar tatăl vitreg l'a supravegheat strașnic și a remarcat că acesta „rămânea înaintea ușei“.

După „3 zile“ a părăsit casa fără motiv; — „nu doream să vorbesc cu nimeni și am stat 3 zile pe câmp fără să mănânc“. Se constată deci un proces de autopunițiune.

În acest caz se poate conchide că complexul lui Oedip fiind lichidat prin identificarea sa cu tatăl, comportarea severă a tatălui vitreg a împedecat manifestările externe, a mobilizat forțele inconștientului și prin situațiunea de „păzitor de bolnav“, tendințele sale incestuoase au fost activate în așa fel încât părăsea casa pentru a deriva excitațiunea sexuală cu ajutorul sistemului muscular. La început a fugit în urma excitației cauzată de nuditatea mamei sale; mai târziu a găsit motivarea externă a conflictului interior în comportarea tatălui vitreg, conflict, care la rândul său creștea în intesitate prin dorințele incestuoase față de soră și prin dorința de a omorî pe tatăl vitreg; deci voia să se depărteze de acesta, față de care se simțea culpabil; — de profesorii și patronii săi (care corespund autorității paternale), iar mai târziu a părăsit toată lumea temându-se de punițiunea societății.

Notăm că bolnavul întrebuința frecuent cifra 3, simbol al

organului genital masculin; deci se poate susține că teama de punițiune echivalează cu teama de castrațiune.

Este posibil ca traumatismul cranian să fi influențat pe bolnav nu numai din punct de vedere fizic ci și psihic.

V. I. F., 21 ani, candidat de călugăr. Antecedente: un unchiu mort de paralizie progresivă, tusă convulsivă (la 2 ani), scarlatină și difterie (la 4 ani); până la vârsta de 18 ani defecte de pronunțare, care s'au ameliorat. Maladia actuală, după spusele tatălui său, datează din Iunie 1930 când tânărul care dormea la vie s'a întors într'o dimineață tremurând și deprimat. Părinții au crezut că a fost bătut sau l'a impresionat furtuna din noaptea precedentă. Dacă era întrebat răspundea invariabil, — „așa trebuia să fie“. Până atunci a fost religios dar din momentul acesta nu voia să audă de biserică sau de religie. Bolnavul și-a schimbat caracterul, nu se spăla, nu se îmbrăca singur și era deprimat. Tatăl l'a îndemnat să aibă un contact sexual cu o prostituată, iar urmarea a fost o blenoragie. Din Iunie 1930 până în Dec. a săvârșit 15 fugi plecând aproape totdeauna la pădure (fugă stereotipă).

Examenul psihanalitic ne-a explicat fugile acestui tânăr predispus la grave tulburări psihice: aceasta pentru a evada de realitate și pentru a căuta o lume creată de imaginațiunea sa morbidă.

Bolnavul își amintește vag copilăria sa depărtată, nu știe dacă s'a masturbat vreodată (amnesie infantilă).

La acest bolnav în loc de complexe refulate găsim substituțiuni compensatoare.

Nu poate să ne spună dacă și-a iubit părinții; mama sa îl bătea pentru că nu voia să grijească de fratele mai mic, față de care nu avea atragere fiindcă i s'a spus că „a fost adus de barză“. Tatăl său l'a supus la tot felul de restricțiuni și umiliri. Astfel își amintește că la vârsta de 7 ani l'a rugat să-l ducă la teatru, obținut promisiunea, cu condiția să-și perie hainele și ghetetele, iar seara în loc să meargă la teatru, tatăl s'a desbrăcat și s'a culcat bătându-și joc de credulitatea lui. Alteori îl închideau în casă, iar părinții plăceau să-și petreacă.

Conduita părinților și mai ales faptul că îl băteau, a creat inclinațiuni sadice; murdărea totul, strica obiecte și brusca pe copii de vârsta sa. „Când aveam 4—5 ani ascundeam jucăriile celorlalți copii în nisip, băteam pe cei ce erau mai mici decât

mine". „La școală, când am primit prima tablă am spart-o de capul celorlalți copii încât în fiecare săptămână mi se cumpăra alta". Părinții au cumpărat un „ceas cu cuc", care cânta în fiecare oră. Când au plecat de acasă, copilul a vrut să prindă „pasărea" ca să o omoare și a stricat ceasul. Câteodată aceștia plecau din oraș și se întorceau a doua zi. Atunci hoinărea fără scop pentru simpla plăcere de a se plimba, fără să dea atențiune distanțelor. Se simțea foarte bine cu ocazia escapadelor sale, pentru că nu era controlat de părinții săi și era fericit că nu trebuie să grijească de fratele mai mic. Nimeni nu s'a ocupat de o educație convenabilă spiritului său. Tatăl era brutal, ironic și distrugea restul de bune înclinații care s'ar fi putut utiliza cu folos la educarea sa. Când era mic, avea o capră care îl urma peste tot și pe care o iubea mult. Intr'o zi lipsind, tatăl a ucis capra, iar la cină l'a îndemnat să consume din carne. „De atunci n'am putut consuma carne timp de 4 luni și am plâns mult".

În opoziție cu această stare neplăcută, a găsit o afecțiune mare la bunica sa. Singura mângâiere erau vizitele la bunică sau când aceasta venea la ei. Uneori pleca să o vadă fără permisiunea părinților, fugea de acasă, mai ales când era batjocorit și umilit. Bunica a pierdut un fiu în timpul războiului. Cum copilul purta numele unchiului său, aceasta îi acorda afecțiune tot mai mare, descria calitățile defunctului, vorbea despre asemănarea lor, îl trata ca pe un adult și îl considera că pe fiul său pierdut. Înlocuind unchiul (în afecțiunea bunicii), copilul a luat aierele unui om format, era independent și indiferent față de părinți, pentru că trăia mai mult în imaginație decât în realitate. La o nuntă fiind așezat la masa copiilor (avea 6 ani), a refuzat să mănânce și a fugit la bunica sa. Astfel trăia într'o lume imaginară, iar părinții nu încercau să-l apropie de ei. Ca orice imaginativ, nu iubea lucrul, nu a fost școlar bun; dorința lui era să fie considerat adult. La școală s'a distins ca „sportman", mai ales la cursele pe jos, primind chiar câteva premii.

Acest obicei de a merge pe jos, pe care-l avea din copilărie (escapadele de Dumineca), l'a păstrat și ulterior. În loc să meargă la fabrică pe cale ferată, alerga, pentru a arăta că ajunge deodată cu trenul (e vorba de o cale ferată particulară îngustă), care mergea încet. Această manifestare motrice a ener-

giei și tendințelor sale, a marcat drumul de mai târziu al complexelor sale. Neavând nici o atragere pentru studiu, a intrat ca ucenic la tatăl său, care era ferar. Aici a fost batjocorit de un ucenic pentru că nu-i plăcea să curețe atelierul. Bolnavul iubea mult fica sorei sale care la cea mai mică observație ce i se făcea spunea: „Luați seama, am să i-a spun lui G. (numele bolnavului)”, deci nepoțica de 4 ani i-a satisfăcut dorința de a fi cineva, de a fi remarcat tocmai ceace căuta când alerga după tren. După moartea acestei fetițe s'a interesat de altele (avea 14 ani). La școala de dans a făcut cunoștință cu fica unui subofițer pe care o petrecea acasă în fiecare seară. Bolnavul era așa de îndrăgostit încât nu putea lucra: „mă gândeam la ea și îi făceam obiecte frumoase din fer”. Tatăl fiind informat despre acest amor, i-a interzis să vadă fata. Astfel la conflictele anterioare conștiente sau inconștiente dintre tată și fiu, s'a adăugat un conflict conștient nou, care a mobilizat energiile lor latente. Contrar dorinței tatălui său, a continuat să se întâlnească cu fata, încât a lipsit dela arena sportivă unde făcea antrenament. Găsind calea normală pentru satisfacerea sexualității, a renunțat la sport, — derivarea până la acest moment. Din cauza absențelor, tatăl a plătit o amendă, a înțeles purtarea fiului său și a devenit foarte sever. Bolnavul având o economie de 8000 lei, s'a decis să fugă cu fata la o mătușe bătrână dintr'un oraș vecin (încrederea într'a femeie bătrână se explică prin afecțiunea față de bunică). Dar fata a fost surprinsă în momentul plecării și a fost oprită să vadă pe tânăr.

Datorită acestor împrejurări, bolnavul (avea 16 ani) s'a decis să părăsească pe părinții săi. Pentru a se putea căsători mai curând cu fata pe care o iubea dorea să facă serviciul militar, ca „muzicant”. Dorința de a fi soldat corespunde faptului că nu iubea munca, tendință augmentată prin suprimarea bruscă a manifestărilor amoroase: „ca muzicant serviciul e mai ușor și nu trebuie să merg la instrucție”. Bolnavul se temea și de războiu: „în războiu muzica rămâne în dosul frontului”. Această teamă se explică pe deoparte prin sederea în regiunile vecine zonei de operațiuni din timpul războiului, iar pe de altă parte prin faptul ca la 6 ani a văzut un tânăr de 20 ani perzându-si bratul și vederea prin explozia unui obuz. Dorea cariera militară prin contrast: inversând sentimentul „frică”

voia să pară curajos. Fiind decis să facă serviciul militar, a cumpărat diferite efecte, o centură și o baionetă, dar: „le-am cedat vărului care era soldat fiindcă unchiul m'a convins să nu mă angajez“. Atunci a intrat ca lucrător la unchiul său care avea atelier. Această executa lucrări în diferite orașe, ceea ce îi convenea de minune. Mai târziu când unchiul a trebuit să restrângă afacerile sale, tânărul s'a angajat la alt patron unde a suferit un traumatism psihic din partea camarazilor. Bolnavul iubea o fată pe care o întovărășea la cinema. Într-o zi a primit o scrisoare dela iubita sa, care era dispusă să-i acorde un „rendez-vous“; s'a cerut dela patron, a esit în oraș dar nu o găsi; „când m'am întors, șeful și camarazii râdeau și făceau tot felul de glume în legătură cu amorul meu. Ulterior, fata mi-a spus că nu a scris și am înțeles farsa“. După câțva timp a plecat într'un oraș de frontieră. Un muncitor amic i-a scris din statul vecin și: „am voit să trec frontiera“. Bolnavul accepta orice sugestie care putea să-i schimbe viața obisnuită pentru că realitatea mediului unde trăia nu corespundea visărilor sale. Această sugestibilitate mai târziu l'a determinat să îmbrățișeze viața monacală. Amicul care a nărsit țara i se părea un om remarcabil pentru că a avut curajul să treacă frontiera. Dorind să imite pe amicul său pentru a săvârși ceva extraordinar: „m'am încuratiruit la un proprietar care trecea frontiera zilnic“ (acesta avea pământ dincolo de frontieră). „Într-o zi m'am urcat în căruța lui, dar grănicerii m'au somat să mă cobor“.

Fabrica unde a lucrat s'a închis și a devenit somer. Atunci s'a dus la un alt unchiu dar aici traiul era foarte greu. Mătușă îi da să mănânce cartofi, dormea în bucătărie și curăța odăile înainte de a pleca la lucru.

Odată unchiul l'a trimis să lucreze la un preot, care văzându-l cât e de sugestibil, i-a vorbit despre biserică, credință, l'a întrebat dacă e conștiincios în meseria sa și s'a oferit să-l prepare pentru cursul secundar. În schimb băiatul care mergea adesea la biserică, lucra în fiecare Duminică la preot, era atent, se ruga lui Dumnezeu, dar azi bănuște că preotul a căutat să-l exploateze. Odată a fost trimis să repare o pompă la cuvent, unde lucra din toată inima. La sfârșitul reparațiunii si-a exprimat dorința de a intra în cuvent că să poată continua teologia.

Situația de preot îi convenea pentru că satisfacea dorința de a se afirma. Prin identificarea cu bunica, dorea să fie mai mare decât tatăl său („părintele tatălui său”) și atunci sutana i s'a părut cea mai mare onoare.

Grație acestui fond inconștient a putut fi sugestionat de preot, iar procesul psihic a determinat religiozitatea, credința sa în incarnațiune, de altă parte teama de pericol: „preoții nu fac serviciu militar”. În luna Febr. a intrat în cuvent, în Iunie a primit haina de religios și era fericit. Fiind trimis să supravegheze munca în via cuventului, a urmat decepțiunea, nu înțelegea o astfel de viață monacală, dar era fericit pentru că „putea comanda atâția lucrători care îl considerau de sfânt”. Într'o noapte fiind singur în vie (muncitorii plecau seara), a venit o furtună: „tremuram, voiam să fug, dar era întunec și ploua cu găleată. De atunci nu mai eram în stare să execut lucrurile așa cum trebuie”.

Se știe că în timpul furtunei forțele inconștientului sunt mobilizate. La bolnavul nostru această mobilizare s'a transformat în frică, pentru că la vârsta de 5—6 ani în timp ce făcea baie în râu, a fost dus de curent și salvat de alții; „mă temeam de apă, ploaie, furtună”. Bolnavul făcând totul deandoselea, a fost pus la lucru manual. Aceasta l'a tulburat deabinelea, — „nu aveam timp să merg la biserică și nu credeam” încât nu a scris acasă timp de două luni. Înainte de furtună scria adesea părinților săi și le comunica activitatea zilnică. Părinții neavând știri, într'o zi tatăl a venit să-l vadă și găsindu-l schimbat, l'a dus acasă; „acasă mă gândeam la cuvent”.

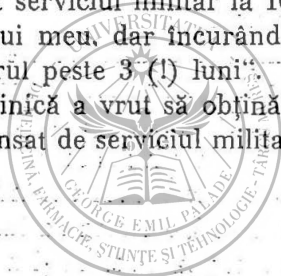
Intr'o zi, mamă sa l'a trimis într'un sat vecin, dar în loc să meargă acolo, s'a urcat pe un deal, iar seara după ce s'a întors și-a adus aminte ce a făcut. „Astfel am plecat, mi se pare de 15—16 ori, aveam dorința să plec și plecam. După ce parcurgeam o distanță oarecare, mergeam mai repede pentru că muncitorii mă așteptau în vie. Pe urmă vedeam că nu sunt nici muncitori, nici vie și mă întoarceam, pentru că aveam teamă de părinți. Atunci mă gândeam la bunica, teama se împrăștia și intram în casă”.

E vorba deci de un visător treaz a cărui imaginațiune era în contradicere cu realitatea. Cât timp a fost la vie, dorințele de mărire erau satisfăcute, deci căuta în visărie o situație analoagă, căuta via, unde s'a simțit bine câtva timp. Când a fost

pus la lucru manual, s'a desgustat de viața monahală, pentru că fugea de lucru. Dacă ar fi fost masochist, ar fi suportat greutățile rigoremă cūventului, dar posedând un grad pronunțat de sadism, nu-i plăcea să sufere, ci să comande, să fie șef; de aceea prefera șederea la vie. Bolnavul căuta în visăria sa lucrătorii pentru a ordona, căuta singura situație care putea să-l facă fericit, satisfăcând înclinația sa de mărire și de sadism. Negăsind nici via, nici lucrătorii, se temea de realitate, de superiorii săi, care puteau să-i ordone, se temea chiar de părinții săi. Un medic i-a recomandat un raport sexual și s'a ales cu o blenoragie. Realitatea fiind prea crudă, bolnavul s'a retras în viața sa imagină, încât nu lucra și nu cetea.

După ce a fost internat în clinică a mai avut câteva visuri a căror conținut se referă la dorința de a face serviciul militar. Conținutul latent se referă la dorința de a lua locul tatălui său. „Dacă aș fi terminat serviciul militar la 16 ani, aș fi intrat în atelier în locul tatălui meu, dar încurând voi face armata și tata părăsește atelierul peste 3 (1) luni”.

La eșirea din clinică a vrut să obțină un certificat medical pentru a fi dispensat de serviciul militar.



Concluziuni

1. Fuga este o impulsivitate ce se întâlnește în sindrome și maladii diferite.

2. Majoritatea fugilor patologice aparține degenerescenței mentale, celelalte cauze ca isteria, epilepsia, psychozele fiind mai rare.

3. Din punct de vedere psihanalitic fuga se poate considera ca o reacțiune primitivă, inferioară sau instinctivă, în funcțiune de insuficiența de reacțiune a bolnavilor față de conflictele din mediul interior (psihic) sau conflictele între acesta și mediul exterior (social).

4. Fugile repetate (familiale, școlare, profesionale, militare) sunt reacțiuni împotriva autorității paternale sau al echivalenților corespunzători acestei autorități (germ. Vaterersatz), care derivă din disoluțiunea incompletă sau defectuoasă a complexului lui Oedip.

5. Fuga se poate asocia sau continua cu vagabondajul.

6. Fuga ar putea avea relațiuni cu patologia lobului frontal.

7. Impulsivitatea la fugă nu este totdeauna pură, ci se poate asocia cu alte impulsivități, obsesivități și fobii.

8. Aceste reacțiuni la rândul lor, pot fi substituie prin simptomul fugă care în acest caz are o valoare compensatoare, o reacțiune impulsivă, obsedantă sau fobică fiind înlocuită prin alta de același ordin.

9. Din punct de vedere clinic fugile patologice se pot divide în trei grupe: a) grupa dromomaniilor, b) poriomaniilor și c) fugilor mixte.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei:
Prof. Dr. C. I. URECHIA

Decanul Facultății:
Prof. Dr. GH. MARTINESCU

Bibliografie

1. *Prof. G. Aschaffenburg*: Handbuch der Psychiatrie. 3. Abteilung. Allgemeiner Teil. Allg. Symptomatologie der Psychosen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke 1915.
2. *R. Benon et P. Froissart*: XIX-e Congr. des Méd. Alién. et Neurol. Nantes. Août 1909. In Revue Neurol. No. 16. 1909.
3. *E. Bleuler*: In tratatul lui Aschaffenburg. Handbuch der Psychiatrie. 4. Abteilung. 1. Hälfte. Spezieller Teil. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1911.
4. *Douglas Bryan*: In The British Journal of Medical Psychology. Vol. VIII. Part. 3. 1928.
5. *Ph. Chaslin*: Éléments de Sémiologie et Clinique mentales. Paris, ed. Asselin et Houzeau. 1912.
6. *Chatagnon, Trelles et Pouffary*: Phénomènes d'automatisme ambulatoire et syndrome miotonique. Soc. Clinique de Médecine Mentale, Paris, 18—III—1929. In Ann. Méd. Psychol. 1929.
7. *Prof. Henri Claude*: Psychiatrie Médico-Légale, ed. G. Doin et Comp. 1932.
8. *B. Conos*: Automatisme ambulatoire hystérique; dédoublement de la personnalité; état second et vie coordonnée et quasi-normale; amnésie hystérique; (simulation?). In L'Encéphale. 25-e année. No. 3. Martie 1930. pag. 248.
9. *M. Cruchet*: XIX-e Congr. des Méd. Alién. et Neurol. Nantes Août 1909. In Revue Neurol. No. 16. 1909.
10. *F. Achille Delmas*: Les réflexes conditionnels en psychiatrie. Soc. de Psychiatrie de Paris. 21 Febr. 1930. In L'Encéphale. 25-e année. No. 4. Apr. 1930.
11. *Alfred Dimulescu*: Automatismul psihologic. Spitalul. Anul LIII. No. 3. București.
12. *M. Divry*: Somnambulisme alcoolique. Soc. Belge de médecine mentale. Bruxelles 28—III—1928.
13. *R. Doupuv*: XIX-e Congr. des Méd. Alién. et Neurol. Nantes. Août 1909. In Revue Neurol. No. 16. 1909.
14. *M. Dupré et M-me Long-Landry*: Vieillesse, onirisme, fugue, catalepsie. Revue Neurologique 1909. No. 16. pag. 1074.
15. *Maurice de Fleury*: La psycho-névrose émotive. In Psychiatrie. Tome I. 2-e éd. Paris. Norbert Maloine 1926.
16. *Florian et Cavaglieri*: I vagabondi. Torino. 1897.
17. *Prof. Fribourg-Blanc*: Psychonévroses de guerre. Revue de

Psychoterapie et de Psychol. appliquée. An. 41, No. 11, 1928, Paris.

18. *Rogues de Fursac*: Manuel de Psychiatrie. 6-e éd. Paris. Félix Alcan. 1923.

19. *M. Gauthier*: Les fugues dans l'armée. Ref. in L'Encéphal XXVI. No. 9. Nov. 1931.

20. *Alfred Gordon*: L'aspect social des anomalies mentales et le problème de l'eugénisme. Soc. Méd. de Philadelphie. VI, 1929.

21. *M. Granjoux*: L'aliénation mentale dans l'armée au point de vue clinique et médico-légale. XIX-e Congr. des Méd. Alién. et Neurol. Nantes. Août 1909. In Revue Neurol. No. 16. 1909.

22. *I. Grasset*: Demifous et demiresponsables. 2-e éd. Paris. Félix Alcan 1908.

23. *I. Grasset*: Les maladies mentales dans l'armée et les fugues en psychiatrie. L'Encéphale III. No. 9. Oct. 1908. pag. 370.

24. *M. Haury* (med. maior): XIX-e Congr. des Méd. Alién et Neurol. Nantes. Août 1909. In Revue Neurol. No. 16. 1909.

25. *G. Heuyer*: La psychanalyse. In Psychiatrie. Tome I. 2-e éd. Paris. Norbert Maloine 1926.

26. *A. Joffroy et R. Dupouy*: Fugues et vagabondage. Étude clinique et psychologique. Paris. Félix Alcan 1909.

27. *M. Kernbach*: Cazul Vulpeanu. Clujul Medical. 1931.

28. *Ernst Kretschmer*: Geniale Menschen. Zweite Auflage. Berlin. Julius Springer. 1931.

29. *Laignel-Lavastine, André Barbé, Delmas*: La pratique psychiatrique. 2-e éd. I. B. Baillière et Fils. Paris. 1929.

30. *M. Lalanne*: XIX-e Congr. des Méd. Alién. et Neurol. Nantes. Août 1909. In Revue Neurol. No. 16. 1909.

31. *M. Lewandowsky-R. Hirschfeld*: Praktische Neurologie für Ärzte. Berlin. Julius Springer. 1923.

32. *Raymond Mallet*: Sémiologie mentale. In Psychiatrie. Tome I. 2-e éd. Paris. Norbert Maloine. 1926.

33. *Raymond Mallet*: Psychiatrie de guerre. In Psychiatrie. Tome I. 2-e éd. Paris. Norbert Maloine. 1926.

34. *Raymond Mallet*: Les obsédés. Paris. éd. G. Doin. 1928.

35. *Raymond Mallet*: Les délirants. Paris. éd. G. Doin. 1929.

36. *G. de Morsier*: Les amnésies transitoires. Conception neurologique des états dits: somnambulisme naturel, état second, automatisme comitial ambulatoire, etc. L'Encéphale. 26-e année. No. 1 Jan. 1931.

37. *M. Odier*: Le cas de Julien. In Revue Française de Psychanalyse. An. 1928. G. Doin. Paris.

38. *F. Pactet*: L'armée et les aliénés. XXXV-e Congr. des Méd. Alién. et Neurol. Bordeaux. Apr. 1931. In L'Encéphale. XXVI. No. 5. Mai 1931.

39. *Victor Parant*: Les fugues en Psychiatrie. Rapport aux XIX-e Congr. des Méd. Alién. et Neurol. Nantes. Août 1909. In Revue Neurol. No. 16. 1909. pag. 1016.

40. *E. Régis*: XIX-e Congr. des Méd. Alien. et Neurol. Nantes. Août 1909. In *Revue Neurol.* No. 16. 1909.
41. *E. Régis*: Précis de Psychiatrie. 6-e éd. Paris. G. Doin. 1923.
42. *Prof. Martin Reichardt*: Allgemeine und Spezielle Psychiatrie. Dritte Auflage. Jena. Gustav Fischer. 1923.
43. *M. Roubinovitch*: XIX-e Congr. des Méd. Alien. et Neurol. Nantes. Août 1909. In *Revue Neurol.* No. 16. 1909.
44. *M. de Saussure*: La théorie psychanalytique des obsessions. Ref. in *Ann. Méd. Psychol.* 1929.
45. *Schultze*: In *Allgem. Zeitschr. für Psych.* 6—II—1899.
46. *Schultze*: In *Allgem. Zeitschr. für Psych.* 10—IX—1903.
47. *Paul Sollier et Paul Courbon*: Pratique sémiologique des maladies mentales. Paris. éd. Masson et Cie. 1924.
48. *W. Stekel*: Die Krise in der Psychoanalyse. *Psychol. und Med.* III. pag. 40. 1928. Ref. in *Zentralblatt für d. ges. Neurol. und Psych.* LI. pag. 826. 1929. Citat de către Morsier în *L'Encéphale* XXVI No. 1. pag. 25. 1931.
49. *W. Stekel*: In desbaterile procesului Doamnei Littké. 22 Febr. 1933. *Pesti Napló.* Budapesta.
50. *I. Tinel*: Les réflexes conditionnels dans les états névropathiques. Soc. de Psychiatrie de Paris. 21 Nov. 1929. In *L'Encéphale.* 25-e année. No. 1. Jan. 1930.
51. *Prof. C. I. Urechia și S. Mihailescu*: Tratat de Patologie Neuro-Mentală. Cluj, ed. Lepage. 1926.
52. *Prof. C. I. Urechia*: Contribution à l'étude de la maladie de Pick. *L'Encéphale.* 25-e année. No. 10. Dec. 1930. pag. 734.
53. *Prof. C. I. Urechia*: Les psychoses réactionnelles. *L'Encéphale.* XXVI No. 8. Sept. Oct. 1931.
54. *Prof. C. I. Urechia et G. Reteanu*: Fugues, Vagabondage et Psychanalyse. *Archives Internationales de Neurologie.* Tome I. Volume IX. 23-e série. 50-e année, 1931.
55. *Prof. C. I. Urechia*: Curs predat în anul școlar 1931—1932 Cluj, (manuscris).
56. *Prof. Dr. Vogt*: In tratatul lui Aschaffenburg. *Handbuch der Psychiatrie.* Spezieller Teil 1. Abteilung. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1915.