

CONTRIBUȚII LA DIFERENȚIEREA CRIZELOR DE NEVROZĂ ISTERICĂ ȘI NEVROZA ORGANICĂ

THE DIFFERENCE BETWEEN THE HYSTERICAL AND ORGANIC NEUROSIS CRISSES

Rezumat

Studiul efectuat are drept scop de prezentare a complexului de simptome care sunt îmbrăcate drept mască de către persoanele isterice. Diversitatea polisimptomatice prezintă permanent dificultăți în stabilirea unui diagnostic cert. Jocul care include combinarea psihicului cu somaticul, astfel încât pentru isteric corpul este ca un instrument, în timp ce pentru bolnavul psihosomatic aceasta apare ca o victimă. Această lucrare se axează pe prezentarea complexului polisimptomatic, actualitatea problemei tulberărilor de conversie isteria ca unitate nosologic psihiatrică cu demonstrarea unui caz clinic.

¹Oleg COBÎLEANSCHI, ²Dorina NICOLAESCU

¹- Dr. Hab. Med, Conf. Univ., Catedra „Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală”, USMF „N. Testemițanu”

²- Studentă, anul VI Facultatea Medicină Generală, USMF „N. Testemițanu”

Summary

The purpose of this research is to show the complex of symptoms that hysterical persons put on as masks. The polysymptomatic variety represents a permanent difficulty in establishing a double diagnosis. The game that comprises the combination of the psychic and somatic, thus so for hysterical person the body is a instrument, the psychosomatic patient the body seems more like a victim. This study is centring upon the presentation of the polysymptomatic complex, the topical interest of the problem and affecting conversion „hysteria” as a psychiatric unit with demonstration of a clinical case.

Actualitatea temei

Definirea conceptului nozografic de isterie a suferit o serie de modificări, isteria constituind un teren fertil pentru tentativele de validare făcute de diferite teorii psihopatologice sau organiciste ce sa-au emis pe parcursul timpului. Isteria, însă, este nu doar o nevroză, ea este în primul rând o formă de reacție psihogenă, care poate surveni și la un individ anevrotic, în condiția când acesta este supus unei traume afective puternice.

Isteria a fost cunoscută din antichitate. Medicii din Grecia Antică spuneau, că isteria rezultă dintr-o deplasare a uterului din poziția sa normală. În secolul II, Galen a respins această idee, sugerând în schimb, drept cauză, o retenție exagerată a secreției uterine. Teoria patologiei uterine a dominat până în sec. XVI, când Willis a lansat și argumentat ideea că isteria ar proveni dintr-o tulburare la nivelul creierului.

La începutul secolului trecut emoțiile puternice au fost recunoscute drept cauză declanșatoare a isteriei. Mai târziu Charcot a acceptat importanța emoțiilor puternice la producerea fenomenelor isterice la subiecții predispuși. El și-a bazat afirmațiile pe observația, că la pacienții susceptibili, fenomene asemănătoare simptomelor isterice puteau fi induse prin hipnoză. El credea că atacurile de isterie parcurgeau un șir de manifestări caracteristice, dar s-a recunoscut ulterior, că aceste fenomene rezultau de fapt din sugestia produsă de puternica personalitate a maestrului.

Isteria se caracterizează printr-un ansamblu de manifestări psihopatologice și printre ele prevalează mai cu seamă sunt cele pseudosomatice, create în mod intenționat de către bolnav (tendința de a atrage atenția celor

din jur asupra persoanei lor, să se prezinte celor din jur în lumină mai favorabilă). Astfel, un excitant de o mică însemnătate poate determina o reacție afectivă destul de puternică cu tendințe demonstrative, care firesc se percep de anturaj ca fiind nenaturale și exagerate.

Asemenea subiecți sunt peste măsură de originali, cocheti, cu tendințe de teatralizare, preferă îmbrăcămintea de culori vii, stridente, au maniere excentrice. Fiecare gest, mișcare sau faptă a lor are tenta de a impresiona pe cei din jur. Pentru ei viața e un teatru pe a cărui scenă ei sunt actori, iar cei din jur - spectatori. Cu cei care sunt încântați de ei sunt amabili, le găsesc calități pozitive, îi idealizează, iar cei care nu-i acceptă sau îi ignoră le sunt dușmani.

Statutul afectiv al istericilor este unul extrem de labil, ei trec ușor de la râs la plâns, iar gândirea le este superficială, de aceea logica lor este numită „logică afectivă”. Predomină gândirea fantezistă, iar născocirile sunt înflorite cu o mulțime de detalii concrete, însoțite de o gesticulație și expresivitatea bogată.

Teoria psihanalitică

S. Freud și Breuer (anul) spuneau: „istericii suferă mai mult de reminiscențe”, adică de efectele ideilor cu încărcătură emoțională, pătrunse și rămase în inconștient dintr-o anumită perioadă trecută. Simptomele erau explicate, ca reprezentând efectele combinate ale refulării și „conversiei” energiei psihice pe căi somatice, într-un mod care nu a fost niciodată în întregime explicat. S. Freud considera isterică orice persoană la care prilejul unei excitații sexuale provoacă un predominant sau exclusiv sentiment de dezgust, indiferent dacă această persoană este capabilă sau nu să producă simptome somatice.

Teoria neurologică

Afirmă despre existența unor leziuni mezodiencefalice, responsabile de manifestările isterice, așa cum se observă în cursul tulburărilor psihice postencefalice. La persoanele marcate, din cauza suprasolicitării activității nervoase superioare s-ar produce un dezechilibru funcțional, caracterizat prin tendința de inhibiție corticală și dezinhibare subcorticală, care evidențiază un aspect de condiționare patogenă, cu tendința de repetiție a răspunsului în condiții evocatoare semnificative sau fixarea unui model de răspuns cu un anumit grad de generalizare a stimulilor declanșatori.

S-ar putea admite și posibilitatea interferenței dintre:

1. Factorii declanșatori: psihotraume brutale sau încărcături emoționale persistente;

2. Factorii predispozanți, inconstanți ca intensitate și incidență, reprezentați de:

- Particularități ale personalității premorbide;
- Fragilitatea terenului somatic;
- Existența anturajului favorabil, care provoacă, întreține și oferă modele pentru criză;
- Existența beneficiului secundar.

Kretschmer (anul) a sugerat, că acestea sunt reacții ale sistemului nervos la un stres excesiv. El a susținut că, în mod normal, aceste reacții dispar repede, dar și că pot fi prelungite în 2 moduri:

- Ele pot fi cultivate în mod deliberat de către cineva, care vrea să obțină un avantaj de pe urma simptomelor;
- Apoi, printr-un mecanism, probabil neurologic, comportamentul frecvent repetat devine habitual.

Lecturile multiple în acest domeniu și observațiile asupra mai multor cazuri interesante, unele chiar inedite de manifestări isteriforme, ne-au determinat în intenția de efectua un studiu avizat asupra unui grup reprezentativ, în opinia noastră, de pacienți asistați în serviciul nostru, iar drept obiectiv de cercetare ne-am propus următoarele:

Scopul lucrării

Evidențierea manifestărilor tipice ale isteriei cu scopul de a facilita delimitarea tulburărilor de conversie, care sunt de mare polimorfism simptomatic, de simptomele gen organic și în special de fenomenul simulativ.

Materiale și metode

În studiu au fost incluse cazurile clinice a 20 pacienți (6 bărbați și 14 femei de vârsta 29 - 49 ani) cu tulburări de conversie, care provin din diverse pătri sociale, și care au fost observați în dinamic curativ în secția de reabilitare cu regim ambulator de pe lângă Instituția Medico - Sanitară Publică Spitalul Clinic de Psihiatrie "Costiujeni" al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale din Republica Moldova.. Vârsta bolnavilor denotă faptul, că maladia interesează preferențial persoane tinere.

Cercetările au urmat după un scenariu obișnuit pentru aceste cazuri:

Elucidarea mai multor aspecte din istoricul maladiv, descifrări anamnestice, precizarea antecedentelor familiale de maladii psihogene, precizarea caracterelor ce specifică anturajul familial, inclusiv cel în care a crescut respectiva persoană. Cu fiecare din persoanele examinate întrețineam

mai multe conversații, fără a lăsa impresia unei anchete, care în cazul lor este un moment stresant și generator de erori. Iată ce am dedus (vezi tabelul).

Cele 20 femei incluse în cercetare au invocat următoarele fenomene resimțite în faza de debut și imediat postinițiere a crizei:

Criza isterică se inițiază cu senzația de constricție la nivelul gâtului, de corp străin în gât, jena precardiacă, palpitații, parestezii, amorțeli sau furnicăături ale extremităților și feței, în jurul buzelor, uneori cu contracții tonice ale membrelor, tremurături legate cu factori emoționali cu o evoluție neprogresivă, cu remisiuni spontane, care nu se supun tratamentului medicamentos, dar acestea cedează curei de psihoterapie sau placebo. În 15% din cazuri s-a depistat o îngustare concentrică a câmpului vizual, pacientele acuză dereglări de vedere de tipul "văd ca prin tunel", blefarospasm, fotofobie, diplopie. În 10% crizele aveau aspect clonic, frecvent însoțite de gemete, eructații, țipete.

Criza propriu-zisă debutează cu:

- Contracturi, crizele se desfășoară de obicei în prezența unui anturaj, cu o durată de la 5 - 40 min.
- familia mai des în timpul unui conflict cu soțul sau părinții, mai rar cu copiii;
- mișcări dezordonate, secuse musculare, nod în gât (bulă esofagiană), senzație de rău.

În timpul crizei pacientele aveau:

- Conștiința clară, reacția la lumină păstrată, pupilele sunt normale, reflexul cornean păstrat,
- pacienta nu mușcă limba, nu pierde urina, nu apar reflexe patologice.

În schimb marea criză isterică sau criza organică Charcot se manifestă patognomonic prin:

prodrome:

- bulă isterică, constricție toracică, palpitații, întunecarea vederii;
- cu cădere (în general amortizată), faza clonică, faza de recuperare, faza tonica - cu opistotonus;

faze pseudoepileptice:

- gestică intensă și incoordonată clownism, verbalizarea fantasmelor;
- pierdere de conștiință brutală și faza de rezoluție musculară.

Mica criză isterică cu aspect "sincopal", tetaniform, de amnezie paroxistică și de atac cataleptic (somm isteric). Aceste crize ar putea fi caracterizate prin "patru prezențe și patru absențe":

- "prezențe": repetiția, psihogeneza, atipia, reversibilitatea;
- "absențe": căderi brutale, mușcări ale limbii, pierderi de urină, semne EEG.

Tulburările isterice se deosebesc de cele psihosomatice, astfel pentru isteric corpul este un instrument, în timp ce pentru proiecția bolnavului psiho-somatic aceasta apare ca o victimă. Comună în ambele situații este rezolvarea conflictului pe calea conversiunii corporale.

Manifestările intercritice persistente

1. Atipii motorii: paralizii, contracturi și spasme musculare, crize de căscat, strănut, sughit, disfagie, retenție de urină, tremurături;

Antecedente și circumstanțe invocate în istoricul morbid al bolnavilor isterici

Nr.		Bărbați	%	Femei	%
Diagnostic inițial					
1.	Tulburare organică a personalității. Sindrom asteno – depresiv	2	33.3%	7	50.0%
2.	Tulburare organică a personalității. Sindrom ipocondric	1	16.7%	4	28.6%
3.	Tulburare organică a personalității. Sindrom depresiv – fobic	1	16.7%	5	35.7%
În copilărie au suportat					
1.	Amețeli	2	33.4%	7	50.0%
2.	Bălbâieli	2	33.4%	3	21.4%
3.	Disfonii	1	16.7%	2	14.3%
4.	În perioada pubertară senzația de „nod în gât”	2	33.4%	4	28.6%
5.	Manifestări coreice	1	16.7%	3	21.4%
6.	Nemulțumire față de cei din jur	3	50.0%	8	57.1%
7.	Palpitații	1	16.7%	4	28.6%
8.	Plâns facil	1	16.7%	7	50.0%
9.	Tulburări de somn	4	66.7%	11	78.6%
Condițiile vieții în copilărie					
1.	Condiții de trai social vulnerabile	4	66.7%	10	71.4%
2.	Familii numeroase (4-7 copii)	3	50.0%	6	46.8%
3.	Mamă vitregă, tată vitreg, frați vitregi	3	50.0%	5	35.7%
4.	Părinți adaptivi	1	16.7%	2	14.3%
Traumatisme psihice					
1.	Conflicte cu colegii de muncă	2	33.4%	5	35.7%
2.	Decesul partenerului	3	50.0%	5	35.7%
3.	Decesul unui părinte	2	33.4%	4	28.6%
4.	Disarmonie sexuală	4	66.7%	8	57.1%
5.	Insatisfacții profesionale	2	33.4%	5	35.7%
6.	Lipsa spațiului locativ	2	33.4%	5	35.7%
7.	Nepotrivirea psihologică a soților	4	66.7%	9	64.3%
Tulburări psihice prezente la bolnavii examinați:					
1.	Amnezii psihogene	1	16.7%	2	14.3%
2.	Astenie	2	33.4%	4	28.6%
3.	Autosugestibilitatea	1	16.7%	3	21.4%
4.	Depresie nevrotică isterică	2	33.4%	7	50.0%
5.	Fugi isterice	1	16.7%	3	21.4%
6.	Sugestibilitatea	2	33.4%	3	21.4%
7.	Teatralismul	3	50.0%	7	50.0%
8.	Tendința de a dramatiza	2	33.4%	9	64.3%
Tulburări viscero – vegetative și trofice:					
1.	Angor	2	33.4%	3	21.4%
2.	Anorexie psihogenă	2	33.4%	4	28.6%
3.	Astenie	3	50.0%	6	46.8%
4.	Cistalgii	2	33.4%	4	28.6%
5.	Crize sincopale isterice	2	33.4%	4	28.6%
6.	Depresie nevrotic isterică	4	66.7%	8	57.1%
7.	Frigiditate	-	-	7	50.0%
8.	Glob vezical isteric	3	50.0%	6	46.8%
9.	Greață	3	50.0%	9	64.3%
10.	Modificări sexuale	4	66.7%	14	100.0%
11.	Ocluzii spastice	3	50.0%	4	28.6%
12.	Pseudoapendicite	2	33.4%	3	21.4%
13.	Retenție de urină	3	50.0%	4	28.6%
14.	Spasme laringiene	4	66.7%	6	46.8%
15.	Tuse și spasme laringiene	3	50.0%	5	35.7%
16.	Tuse și spasme respiratorii	2	33.4%	4	28.6%
17.	Vaginism	-	-	14	100.0%
18.	Vomă	4	66.7%	9	64.3%
Tulburări senzoriale:					
1.	Artralgii	4	66.7%	12	85.7%
2.	Cardialgii	4	66.7%	7	50.0%
3.	Cecitatea	5	83.3%	11	78.6%
4.	Cefalee	6	100.0%	12	85.7%
5.	Diminuarea acuității vizuale	3	50.0%	9	64.3%
6.	Diminuarea senzațiilor auditive	4	66.7%	6	46.8%
7.	Diplopie	2	33.4%	3	21.4%
8.	Rahialgii	5	83.3%	9	64.3%
9.	Reflexele pupilare sunt normale	6	100.0%	7	50.0%
10.	Scotoame	4	66.7%	12	85.7%
11.	Surditatea isterică totală, dar dispăre în somn	4	66.7%	9	64.3%
Manifestări neurologice:					
1.	Anestezie	2	33.4%	5	35.7%
2.	Astazia – abazia	4	66.7%	11	78.6%
3.	Blefarospasm	3	50.0%	6	46.8%
4.	Contracturi musculare	6	100.0%	11	78.6%
5.	Monoplegii	5	83.3%	7	50.0%

2. Atipii senzitive: anestezii, algii, hiper - sau hipoestezii;

3. Tulburări viscero - vegetative (spasme esofagiene, bula isterică, grețuri, vome, retenție urinară, vaginism, glob vezical, inapetență, constipație, balonări, tahicardie, excitații tensionale, vertij, crize de astm, dismenoree, hipertermie).

Unii autori recunosc isteria ca fiind o afecțiune incurabilă, atenționând asupra "sensibilizării psihicului" la situațiile psihotraumatizante, subliniind faptul, că tulburările nevrotice isterice au tendință la recidivă, urmând un traseu deja constituit.

Nevroza de organ. Însuși conceptul de isterie are la bază consensul unanim al tulburărilor neuro - mimetice funcționale, fără o alterare organică cerebrală evidențiată. Patologia de organ este diferită de isterie, prin existența unui substrat cauzal localizat visceral. Deosebirea esențială dintre isterie, care este o conversiune somatică, și patologia psihosomatică care este o nevroză de organ, poate fi diferențiată prin faptul că tulburările viscerele sau neurovegetative pun în conștiință în joc musculatura netedă, în timp ce, în patologia isterică, mecanismele inconștiente se exprimă mai ales prin musculatura striată.

Deși isteria nu apare decât la "personalități" isterice, totuși, în isterie se poate vorbi de localizări ale unor scurtcircuite pe funcțiile sistemului nervos vegetativ sau pe nivelurile de organizare ale funcțiilor vitale. Prezența unor situații complexe, greu de rezolvat, imposibilitatea pentru bolnav de a ieși din ele, favorizează existența simptomatologiei nevrotice și complexificarea dinamicii ei. Cu cât este mai înalt gradul de implicare a personalității în conflictul psihologic și mai plin de semnificație caracterul situațiilor psihotraumatizante, cu atât este mai elevată probabilitatea trecerii nevrozei spre o evoluție prelungită.

Simularea este realizată conștient, voluntar, intenționat și încearcă obținerea "statutului social" de bolnav organic sau psihic, jucând un rol în concordanță cu nivelul de cunoștințe despre o anumită boală sau grupa de boli cunoscute de interpretul simulării. El caută remarcarea intenționată a simptomelor necesare formulării diagnosticului.

Uneori este simulată chiar criza isterică, însă spre deosebire de isterie, simulantul nu este sugestiv și nu cedează la psihoterapie.

Spre deosebire de simulant, istericul este convins de suferința sa și trăiește afectiv această suferință, ce scapă controlului voluntar prin sugestibilitatea sa.

Această situație se întâlnește foarte frecvent în sindromul posttraumatic cerebral, după accidente minore de muncă, accidente de circulație.

Pacienta S., 47 de ani. Fără antecedente ereditare. Este născută la termen. La vârsta de 1an și 9 luni a suportat un traumatism cranio - cerebral grav, cu pierderea cunoștinței, tot atunci s-a afișat la tratament în staționar. A suportat mai multe infecții infantile, inclusiv rujeolă și varicelă cu pirexie și vomă. Răcește frecvent și produce crize de cefalee intensă, vertijuri, stări de insomnie.

Pe scara instruirii a evoluat normal: a mers la școală la vârsta de 7 ani, a absolvit 10 clase și a fost înmatriculată la Facultatea Arhitectură a Institutului Politehnic din or. Chișinău. După absolvirea facultății a lucrat ca specialist în domeniu un termen foarte scurt.

Menzis de la 15 ani regulat, indolor. S-a căsătorit la vârsta de 22 ani. Are 2 copii de vârstă școlară. Locuiește împreună cu familia. Condițiile de viață sunt satisfăcătoare. Se află la evidența medicilor neurolog și psihiatru din 1997. În ultimii ani mai des se acutizează starea sănătății, în timpul sau imediat după ciclul menstrual.

În această perioadă pacienta acuză crize de cefalee mai pronunțată în regiunile temporale, vertijuri periodice, amețeli, slăbiciune generală, labilitate emoțională, irascibilitate, scăderea atenției și memoriei și a capacității de muncă, oboseală rapidă, are tulburări de somn.

Statutul fizic: Talie înaltă, normostenică. Tegumentele sunt curate. Tonurile inimii pure. Respirații veziculară. Abdomenul moale, indolor. Pulsul - 68 bătă/min. T/A - 130/80mm Hg, t=36,8 C. Ficatul și splina nu se palpează. Radioscopia organelor toracelui: cordul și câmpurile pulmonare - fără modificări patologice

Oftalmologic: pupilele D=S, fotoreacție normală. Dinamica oculară e în volum deplin, fundul de ochi vene pleorice din ambele părți, o congestie venoasă ușoară.

Neurologic: mersul se caracterizează la pacienta noastră prin mers nesigur, în zigzag, face pași foarte mari.

Semnul Romberg se manifestă printr-o instabilitate. Pacienta în picioare nu se poate menține imobil, ci oscilează.

În cadrul probei Hipermetrice pacienta face brusc mișcări ale mâinilor întinse înainte din poziția de supinație în pronație, mișcările de rotație a mâinilor devin suplimentare, de amplitudine mai mare.

În cadrul probei Nistagmus se manifestă oscilații ritmice ale globilor oculari în privirea laterală bilaterală.

Proba indice - nas pacienta ducând indicele la vârful nasului, face o amplitudine mai mare a mișcării, indicele trece mai departe de nas.

Investigația EEG:

Eco-EG: ecoul median fără deplasare. Semne de hipertensiune intracraniană pronunțată. Dilatarea ventricolului III - 8 mm.

REG: distonia vaselor pronunțată cu hipertonusul mărit a arteriilor de calibrul mic. Semne de hipertensiune intracraniană precapilară și postcapilară. Dereglarea refluxului venos.

Examenul hematologic: hemoglobina - 12 g/l; er. - 3700000; hematocrit - 0,9; leuc. - 5.9x10⁹; eoz. - 3; segm - 4; VSH - 10 mm/h; RW - negativă. Proteina totală - 58 g/l. Analiza urinei: reacție acidă, densitatea relativă - 1012; leucocite - 1-2 în câmpul vizual.

Examenul psihiatric: Are conștiință lucidă. Se orientează în timp, spațiu și propria persoană, respectă regimul curativ. Activ contactează. Cu dorință susține conversația. Limbajul este corect. Posedă un lexic destul de bogat, necătând că gândirea este superficială. Sensul noțiunilor abstracte le explică recurgând la exemple concrete. Nu este obsedată de faptul, că este pacientă. Nu muncește, este invalid de gradul II. Regulat primește pensia. Se acomodează dificil la condițiile noi de viață și cu greu își face prieteni. Pe de altă parte tinde mereu de a atrage atenția celor din jur asupra persoanei sale, este și supraemotivă cu maniere demonstrative. Ea este o persoană originală, cochetă, preferă îmbrăcămintea de culori vii, țipătoare. Îi place să se vorbească despre ea, să fie mereu compătimită. Gesturile, mișcările e și faptele ei au menirea de a impresiona pe cei din jur, mai ales pacienții din salon, care o înconjoară.

În momentele de acutizare a maladiei acuză cefalee în regiunile temporale, vertijuri periodice, amețeli, slăbiciune generală, labilitate emoțională, irascibilitate, scăderea atenției și memoriei, capacității de muncă, repede obosește, predomină dereglări de somn, de a fi compătimită ea înscenează crize, simulează, se învinuiește pe sine înșiși, se condamnă. În aceste momente emoțiile sunt foarte labile, ea trece ușor de la râs la plâns. Critica față de starea sa este păstrată.

Rezultate și discuții

Rezultatele studiului efectuat indică necesitatea implicării psihologului clinician în soluționarea reușită a problemei care îi frământă pe pacienții ce suferă de “dereglări de conversie”. Doar psihologul clinician, cunoscând etiologia și patogenia acestor tulburări poate contribui la ameliorarea suferinței și vindecarea simptomaticei prin crearea unei relații terapeutice astfel încât lumea interioară a “bolnavului” să cedeze alegerii unui tratament psihoterapeutic. Un rol la fel de important revine și relațiilor intrafamiliale.

Fiind exclusă afecțiunea organică pacienții sunt supuși tratamentului psihoterapeutic. Mai des s-a aplicată metoda de psihoterapie individuală, observându-se o tendință spre ameliorare a labilității psihice. Anume medicul, clinicianul psiholog va tinde desființarea substratului ce generează și întreține suferința, în primul rând prin crearea unor condiții favorabile în relațiile intrafamiliale, căci doar în acest mod se poate miza pe anularea simptomaticei sau cel puțin atingerea unei remisiuni durabile.

Bibliografie:

1. **BIVOL G.** Ghid practic al medicului de familie. - Chișinău, 2003, 536 p.
2. **CORNIȚU G.** Bazele psihologice ale practicii medicale. - București: Editura Medicală, 2000, 223 p.
3. **GHERMAN D., MOLDOVANU I., ZAPUHLIȚ GH.** Neurologie și Neurochirurgie. - Chișinău, 2003, 264p.
4. **NACU A., NACU AN.** Psihiatrie judiciară. - Chișinău, 1997. - 352 p.
5. **OPREA N., NACU A., REVENCO M.** Psihiatrie. - Chișinău. “Știința”- 1994. – 264p.
6. **PIROZYNSCKI T., CHIRIȚA V., BOIȘTEANU P.** Psihiatrie clinică. - Iași: Editura PsihOmnia, 1999. - 462 p.
7. **POPA C.** Neurologie. - București: Editura medicală. - 1997. - 910 p.
8. **МОРОЗОВ Д. П.** Натуральное седативное средство в психиатрии и соматической медицине (обзор) // Психиатрия и психофармакология, 1999, 1:26-28.
9. **МОРОЗОВА М. А.** Относительная лекарственная резистентность как следствие ошибочного подхода к лечению больного. //Журнал неврологии и психиатрии. 2000,12: 68-71.
10. **МОСОЛОВ С. Н.** Новые достижения в терапии психических заболеваний. Москва, 2002, 702 с.
11. **СЕМКЕ В. Я.** Превентивная психиатрия. Томск,1999, 403с.
12. **ТЁЛЕ Р.** Психиатрия с элементами психотерапии. / Перевод с немецкого Г.А. Обухова. Интерпрессервис, 2002, 496с.

Prezentat la redacție 25.02.2007