

Eugen Jurca

FOBIILE – fricile care ne de/finesc
Aspecte clinice, interculturale,
symbolism oniric

Editura de Vest

Timișoara,
2021

Argument.../9

CAPITOLUL 1. CONSIDERAȚII GENERALE.../11

1. Etimologii... /11
2. Definiții... /12
 - 2.1 Fobia.../12
 - 2.2 Tulburări anxios-fobice (ICD 10, F40).../13
3. Semnificații.../14
4. Orientări terapeutice.../15
5. Tipuri de fobii.../19
 - 5.1. Fobia specifică (anterior Fobia simplă).../19
 - 5.1.a. Fobii de animale.../20
 - 5.1.b. Fobii de mediu natural.../20
 - 5.1.c. Fobii de sânge, injecții, plăgi, leziuni.../20
 - 5.1.d. Fobii situaționale.../20
 - 5.1.e. Fobii de alt tip.../20
6. Agorafobia.../21
7. Fobia socială.../21

CAPITOLUL 2. FOBII DE ANIMALE.../23

CAPITOLUL 3. FOBII DE ALTE VIETĂȚI [arahnide, insecte, microroganisme, paraziti].../57

CAPITOLUL 4. FOBII VEGETALE.../75

CAPITOLUL 5. FOBII DE MEDIU, FENOMENE METEO, FOBII SPAȚIALE.../88

ELEMENTELE PRIMORDIALE ÎN FILOSOFIA PRESOCRATICĂ.../88

I. AER.../89

II. APĂ.../94

II.1. Apă, înec, spălare.../94

II.2. Mare, ocean, lacuri; râuri, ape curgătoare; inundații, potop, secetă.../99

II.3.a. FENOMENE METEO: ceață, nori, ploaie.../105

II.3.b. ALTE METEOFOBII, de: tunete, fulgere, trăsnete.../108

II. 4. AQUAFOBIA CORELATĂ CU ANUMITE BOLI: râie, turbare.../110

III. FOC.../111

IV. PĂMÂNT.../116

V. Frig, îngheț, iarnă, zăpadă.../122

VI. FOBII SPAȚIALE (spațiul cosmic, corpuri cerești)... /125

VII. ALTE FENOMENE FIZICE... /135

CAPITOLUL 6. FOBII DE SÂNGE, ACE, ÎNȚEPĂTURI, INJECTII, PLĂGI/LEZIUNI, OBIECTE ASCUȚITE.../136

CAPITOLUL 7. FOBII SITUAȚIONALE, LOCURI, INSTITUȚII.../146

- I. KINETOFOBII (de mișcare: călătorii; mijloace de locomoție.../146
- II. INSTITUȚII.../155
- III. LOCURI.../161

CAPITOLUL 8. TEMERI AGORAFOBICE.../167**CAPITOLUL 9. FOBII ASOCIATE CU TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ (TOC).../178**

- I. COLECȚIONARISMUL, AVARIȚIA... /178
- II. RITUALURI COMPULSIVE... /185
 - II.1. Perfecționismul anxios (numărat, ordine, simetrie, ritm/icitate, stereotipie)... /185
 - II.2. Verificatul compulsiv (control, dubiozitate)... /188
 - II.3. Ablutomania (contaminaree, angelism, puritanism, culpabilitate morală)... /189
- III. IMPULSURI DIN TOC... /198
- IV. FOBII DE POZIȚIONARE (amplasare).../199
- V. TULBURĂRI ÎNRUDITE CU TOC (apud DSM V).../201
 - V.1. Tricotilomania... (174)
 - V.2. Tulburarea de provocarea excoriațiilor.../204
 - V.3. Tulburarea dismorfică corporală.../205

CAPITOLUL 10. FOBII CORELATE CU TULBURĂRILE DE CONTROL AL IMPULSURILOR (TCI).../207

- I. Cleptomania.../207
- II. Piromania.../208
- III. Cumpărăturile compulsive.../209

CAPITOLUL 11. FOBII CORELATE CU ALTE TULBURĂRI ANXIOASE.../210

- I. ANXIETATE (în general).../210
- II. ATACUL DE PANICĂ (AP).../220
- III. ȘOCUL POSTTRAUMATIC.../221
- IV. ANXIETATEA GENERALIZATĂ (AG); POLIFOBIA.../223

CAPITOLUL 12. FOBII MEDICALE (boli, infirmități, intervenții, tratamente).../225**CAPITOLUL 13. FOBII CU TEMATICĂ RELIGIOASĂ, MAGICĂ ȘI SUPERSTIȚIOASĂ.../283**

- I. Temeri religioase.../283
- II. Temeri magice.../292
- III. Temeri superstițioase.../306

CAPITOLUL 14. FOBIA (ANXIETATEA) SOCIALĂ [frica de rușine, de penibil, critică sau rejecție socială].../309

I. SOCIOFOBII.../310

II. RASIALE, ETNICE.../331

CAPITOLUL 15. FOBII EXISTENȚIALE (sentimentele de finit/udine, libertate, solitudine etc.).../334

CAPITOLUL 16. ANTROPOFOBII (anatomice, psiho/fiziologice, antropomorfe).../342

I. ANALIZATORI, SIMȚURI.../342

I.1. Auz.../342

I.2. Gust.../347

I.3. Miros, simțul olfactiv.../349

I.4. Simțul tactil.../349

I.5. Văz, analizatorul vizual.../350

I.5.a. Percepția culorilor.../350

I.5.b. Percepția spațiului.../360

1. Înălțime.../360

2. Adâncime (abis, hău, prăpăstii).../366

I.5.c. Percepția mișcării.../367

I.5.d. Percepția luminii.../368

II. ALTE FOBII PSIHO/FIZIOLOGICE.../373

III. APARATUL DIGESTIV.../379

IV. APARATUL EXCRETOR.../382

V. STĂRI, SENTIMENTE, TRĂIRI UMANE.../382

VI. VĂRSTE, RUDE.../384

VII. ANTROPOMORFICE.../388

CAPITOLUL 17. FOBII DE COLORATURĂ HISTRIONICĂ (relația cu sine însuși; valoarea personală).../393

I. IMAGINEA DE SINE.../393

II. PERFECTIONISMUL ISTERIC... /401

III. TEAMA DE DECIZII.../404

IV. TEAMA DE EȘEC.../405

V. STIMA DE SINE, DEMNITATEA PERSONALĂ (Frica de Rușine).../407

VI. TEAMA DE SINGURĂTATE.../410

CAPITOLUL 18. FOBII SEXUALE.../414

CAPITOLUL 19. FOBII ALIMENTARE.../434

CAPITOLUL 20. FOBII LEGATE DE CULTURĂ, ȘTIINȚĂ ȘI TEHNICĂ (motoare, auto/vehicule; arme).../434

I. CULTURĂ, ȘTIINȚĂ.../439

CAPITOLUL 21. FOBII DE ALT TIP.../449

Listă fobii A-Z.../450

Glosar român-străin.../495

Bibliografie.../507

CONSIDERAȚII GENERALE

1. Etimologii

Termenul *fobie* (engl. *phobie*; fr. *phobie*; germ. *Phobia*) provine din grecescul *phobos* [φόβος], care însemna acțiunea de a fugi de spaimă; a o lua la „sănătoasa”, a se înspăimânta, a se speria, a se îngrozi sau a deveni obiect de spaimă, sperietoare; fugă (de unde a derivat sintagma: evitare fobică; teamă, de la vb. *phobeo* [φόβεω] = a o lua la fugă; e.g. a se speria un stol de păsări la apariția unui vultur (DGF, p. 2088-2089). În mitologia greacă, *Phobos* [Φόβος] era unul din zeii *spaimei*, alături de fratele său gemăn *Deimos* [Δεῖμος] = groaza, Spaima personificată (*deima* [δεῖμα] = teamă, frică, de la vb. *deido* [δεῖδω] = a se teme, a avea frică; o teamă rațională, justificată, DGF, p. 438), spre deosebire de cea fobică: irațională și nejustificată, după cum vom vedea mai jos. Cei doi, *Phobos* și *Deimos*, erau fiii lui *Ares* (zeul războiului, fiul lui Zeus și al Herei, DMG, p. 44) cu *Afrodita* (zeița frumuseții și a dragostei, N.A. Kun, p. 51), care-și însoțesc tatăl în bătălii (DGF, p. 2088-2089). Evident, războiul este spațiul predilect al *spaimei* și al fugii din fața pericolului. „*Deimos* reprezenta sentimentele de groază care-i afectau pe cei din bătălii, pe când *Phobos* personifica sentimente de teamă și de panică” (*Wiki.org.en. Deimos*).

La romani, *Ares* este identificat cu zeul *Mars* (A. Balaci, 1969, p. 63). „În general, *Marte* era reprezentat stând într-un car tras de doi cai zburliți: unul numit *Deimos* (spaima) și altul *Fuga* (plecarea iute)” [I. Kiriac, 1922, p. 178], respectiv: *Phobos*. Echivalentul lui *Phobos* din mitologia romană este *Timor*, zeul fricii și al groazei (lat. *timor* = temere, teamă, îngrijorare [față de un rău ce se apropie]; spaimă; de la vb. *timeo/ere* = a se teme, a-i fi cuiva frică; a se teme de moarte; primejdie, durere, DLR, p. 1226). În acest context cultural (în textul lucrării vom găsi mereu sintagma lat.: *scire bonum* = „bine de știut”), este interesant de reținut că doi sateliți ai planetei *Marte* au primit numele celor doi frați mitici: *Phobos* și *Deimos* (*Wiki.org.ro. Marte [planeta]*).

În mitologia romană, *Phobos* a fost numit și *Pavor* (*Wiki.org.en. Phobos [myth.]*). Acest zeu personifica frica în sine, fără un obiect precis, respectiv anxietatea, care, în înțelesul ei de azi, reprezintă o teamă fantasmatică anticipativă, fără un obiect precis. *Pavor* era slujit, dimpreună cu *paredra* sa *Paventia*, de preoții numiți *Pavorii* [la plural, *pavores nocturni* = spaima de noapte] (DMG, p. 462), de unde vine noțiunea de: *pavor nocturn*. *Paredră* este echivalentul de sex opus al unei divinități (de la gr. *paredros* [πάρ-εδρος] = așezat alături de; vecin; compus din *para* [παρά] = alături de + *edra* [ἔδρα] = orice obiect de șezut; bancă; loc [de onoare, de ocupat], DGF, p. 1482). *Paventia* sau zeița *Spaima* era cea care înfricoșa copiii (DLR, p. 370). Se pare că doar acesta era atributul ei principal, de a speria copiii (DMG, p. 461). În limba latină *pavor* înseamnă spaimă, frică, de la vb. *paveo/ere* = a fi speriat, a fi tulburat sufletește, a tremura de frică; a se teme (DLR, p. 370). De aici, termenul a trecut în limba italiană

(implicit în limba română): *spaventare* = a (se) speria; a (se) înfricoșa; a (se) în/spăimânta (DIR, p. 944). Temerile de natură fobică le vom întâlni prevalent la vârste mai avansate, dar încă și la copii capătă forme de exprimare mult mai subtile, sub o simptomatologie mai greu de înțeles pentru un ochi neexersat.

2. Definiții

Cuvinte-cheie: evitare, ocol/ire, fugă, teamă irațională/disproporționată, pericol prezumtiv...

2.1. Fobia

În primul rând trebuie să facem o distincție clară între *fobia* propriu-zisă (de un *obiect*, *ființă vie*, *situație*) și *tulburarea anxios-fobică* (în care fobia „cronicizată” conduce la *instalarea tulburării* și la *invalidare socială*: e.g. pacientul nu mai iese din casă sau nu mai poate merge la serviciu neînsoțit; nu poate urca singur în autobuz; nu-și mai poate conduce mașina proprie, face atac de panică la volan fără să fi suferit vreun accident; nu poate trece cu mașina printr-un tunel sau nu poate traversa singur o stradă, o piață, un pod etc.

- Dicționarele *Larousse* definesc fobia ca: „o *teamă irațională și continuă* de un *obiect*, o *ființă vie* sau de o *situație determinată*, care nu reprezintă un pericol în sine. Subiectul este conștient de iraționalitatea fobiei și suferă deoarece comportamentul său este dominat de *evitarea stimulului fobogen* și de *teama* că se va confrunta cu el inopinat” (MDPL, p. 475; DPPC, p. 242);
- *Dicționarul de psihiatrie*, editat sub red. C. Gorgos, definește fobia ca: „o *teamă intensă și irațională, necontrolabilă volițional* (prin voință), pe care subiectul o trăiește în prezența unui *obiect* sau a unei *situații*, considerate de el ca *amenințătoare*, deși acest caracter este evident *impropriu* respectivei circumstanțe” (DEP 2, p. 205).
- În *Psihiatria* apărută sub red. lui V. Predescu, fobiile sunt definite ca: „*frici cu obiect bine precizat*, dar spre deosebire *frica normală*, care este aproape întotdeauna proporțională cu gravitatea pericolului, fobiile sunt *reacții intense, disproporționate*, care se manifestă față de *stimuli inofensivi*. Ele nu pot fi explicate sau raționalizate, sunt *deasupra controlului voluntar* și duc la *evitarea situației fobice*” (PVP 2, p. 834).
- Toate definițiile surprind, în esență, aceleași *note caracteristice* ale fobiei:
 - ✓ „O *frică intensă* de un *stimul* sau o *situație*, pe care, majoritatea oamenilor nu le consideră deosebit de periculoase. Persoana realizează, în general, că această *frică* este *irațională*, dar simte totuși *anxietate* (mergând de la stânjeneală la panică), ce poate fi redusă numai prin *evitarea* obiectului sau a situației care provoacă *frica*” (IPS, p. 781);
 - ✓ „Stare de *frică* are un *obiect bine precizat* (spre deosebire de anxietate, în care teama este, adeseori, difuză). Subiectul recunoaște *caracterul irațional al fricii* sale, față de care are *critică și luptă*, fără să reușească să o înlăture. Deci, ca și în cazul obsesiilor, întâlnim: *adezivitatea, ilogical și rezistența greu de învins*” (VMP, p. 436-437);

- ✓ „*Teamă angoasantă*, declanșată de un obiect, de o situație sau de o persoană, nici una dintre acestea *neavând în realitate un caracter periculos*. Această teamă este *recunoscută* ca fiind *excesivă* sau *patologică*, de către subiect, care adoptă măsuri pentru a evita să se confrunte cu ea, cum ar fi: evitarea obiectului sau a situației «fobogene»»; căutarea unei siguranțe prin prezența unei persoane însoțitoare bolnavului; deținerea unor obiecte cu valoare protectivă” (TPE, p. 266);
- ✓ „*Teamă obsesivă și nejustificată ce nu poate fi controlată și anulată*, chiar dacă persoana în cauză știe că este o *teamă nefondată și nerațională*” (DPB, p. 297);
- ✓ „*O frică disproporționată în raport cu evaluarea obiectivă a pericolului prezent într-o situație*; poate fi cauzată de teama față o *ființă vie*, un *obiect*, un *eveniment* sau o *situație*” (MPU, p. 332);
- ✓ „*Frică obsedantă cu obiect precizat*, impunându-se *contra voinței* bolnavului, care, păstrând *atitudine critică* față de ea, *luptă să o înlăture*, de obicei *fără succes*” (DM 1, 1969, p. 578).
- ✓ „*O stare patologică de frică irațională*, care apare numai în anumite situații ce o declanșează, acestea fiind, de fapt, *lipsite de pericolozitate*. Pacienții încep să evite împrejurările care declanșează starea, deși realizează perfect *absurditatea* situației respective” (M. Georgescu, 2004, p. 133).
- ✓ „*O teamă exagerată și persistentă* de un obiect sau de o situație care, de regulă, sunt nepericuloase. Aceste frici produc dorința irațională a subiectului de a evita situațiile respective, deși pacienții își dau seama de *caracterul irațional al fricii lor*” (I. Holdevici, 1998, p. 54).

2.2. Tulburările anxios-fobice (ICD 10, F40)

În tulburarea fobică regăsim aceleași elemente prezente în orice fobie, dar acestea, prin evitarea constantă, ani de-a rândul, a stimulului sau situației fobogene, s-au structurat, cronicizat și permanentizat atât de puternic, încât au ajuns să interfereze considerabil cu viața personală, funcționarea ocupațională sau academică, cu activitățile și relațiile sociale sau cu alte arii importante de funcționare ale persoanei. Totuși, dacă cineva are una sau mai multe frici iraționale, dar acestea nu-i afectează considerabil viața de zi cu zi, nu putem vorbi despre o tulburare fobică (IPS, p. 781). Diagnosticul de tulburare fobică se poate pune doar atunci când fobia interferează considerabil cu viața de zi cu zi a persoanei (IPA, p. 729; IPS, p. 781), când îi restrânge acesteia posibilitățile și răspunsurile la ofertele existențiale, invalidându-l social, profesional, familial etc.

- *Nevroza fobică* (deși azi termenii *nevroză* și *psihoză*, începând cu DSM III, 1980, au fost exilați din limbajul clinic și înlocuiți cu cel de tulburare [disorder]) a fost definită ca: „*afecțiune psihogenă* caracterizată printr-o *frică involuntară, irațională*, deosebit de *intensă*, generatoare a unui *comportament permanent de evitare* (a unor obiecte, acțiuni sau situații), evoluând pe fondul unei *anxietăți concentrice*” (DEP 2, p. 203), respectiv „bine conturată și chinuitoare, *neputând fi stăpânită prin voință* și antrenând *reacții vegetative*” (VMP, p. 437).

- „*Nevroza fobică este o stare morbidă în care fobia constituie simptomul prevalent și în care mecanismele de apărare, precum și conduitele de evitare ale «tipului fobic de personalitate» reprezintă modurile de amenajare privilegiată ale angoasei» (TPE, p. 266).*

3. Semnificații

Din analiza atentă a definițiilor prezentate, se desprind următoarele *caracteristici* fundamentale ale fobiei:

- **Obiectul temerii fobice poate fi:** o **ființă vie**, un **obiect**, un **eveniment** sau o **situație**. În realitate, niciuna dintre categoriile indicate nu prezintă un *caracter periculos* în sine, dacă nu e vorba de *imaginația morbidă anticipativă* a fobicului. Nu avem de-a face cu o simplă *temere normală* în fața unui anumit obiect, situație, animal etc., ci vorbim despre o *teamă irațională, absurdă și morbidă persistentă*;
- **Iraționalitatea/absurditatea temerii.** În fața unui pericol real, frica este justificată, în cazul fobiei nu; aici *pericolul nu este real* (ci imaginat și anticipat), în schimb, *teama da*, este reală, mergând de la forme mai ușoare până la cele severe:² AP (= *atac de panică*) etc.;
- **Obiectul temerii fobice este bine precizat.** Cu toate că obiectul fobiei este cunoscut, e posibil ca teama sau AP să se declașeze nu doar în contact direct cu acesta, ci și numai la gândul (*scenarizarea anxioasă anticipativă*) asupra lui că obiectul fobiei urmează să apară). E.g. fobia de lift (*ascensulfobia; elevatorfobia*): fie că fobicul se află în fața liftului, fie și numai la gândul că va fi nevoit, peste puțină vreme, să urce cu liftul într-un bloc cu multe etaje, îi declanșează teama sau poate chiar AP. Temerea fobică constituie un soi de *mixtură între fantasmarea anxioasă și frica* din fața *contactului real/vizual* cu realitatea temută;
- **Intensitatea și disproporționalitatea fricii în raport cu „pericolul” închipuit.** Spre deosebire de *frica normală* care, de obicei, este proporțională cu gravitatea pericolului, în fobii, reacțiile sunt *intense și disproporționate*, în fața unor *stimuli inofensivi și ipotetici*;
- **Supralicitarea factorului fobogen.** Factorul „de temut” este investit cu o *forță de amenințare și pericolozitate* excesiv de mare, deși acest *caracter* este evident *impropriu* respectivei circumstanțe, el fiind, de cele mai multe ori, total inofensiv;
- **Durabilitatea, continuitatea, persistența.** Fobia se instalează ca un soi de *pattern* (structură) *pervaziv*: o *anxietate bine statornicită, profundă și de durată* (poate ține chiar toată viața, mai ales netratată); această stare, în bună parte *autoîndusă și auto/întreținută* nu se poate elimina ușor și, mai ales, de unul singur, fără terapie;
- **Conștii(e)nța dureroasă a fobiei.** *Persoana este conștientă de iraționalitatea fricii sale.* Poate avea o *atitudine critică* față de ea, se poate *lupta din greu să o înlăture*, dar, de obicei, *fără succes*. În pofida faptului că este *conștient* de absurditatea fricii sale, subiectul nu rezistă tensiunii psihice produse de stimulul fobogen și nu-și poate elimina singur starea de tensiune internă legată de acesta. Ca în orice fel de tulburare de intensitate nevrotică (medie), fobicul este *conștient* de suferința lui, se *luptă* cu

² În continuare vom utiliza, prevalent, această prescurtare: AP = atac de panică.

ea, dar adeseori nu poate face nimic sau, foarte puțin, împotriva acesteia, fără ajutor de specialitate;

- **Imposibilitatea de control volițional** (*de voință*). Fobia se insinuează ca o *frică involuntară, ce nu poate fi controlată și anulată, impunându-se contra voinței* bolnavului. Este *deasupra controlului voluntar* care, în mod normal, l-ar putea conduce spre ieșirea din situație, dar *voința sa, în fața stimulului fobogen este, adesea, total paralizată*. Singura modalitate de apărare adoptată de fobic devine *fuga, evitarea* situației temute. Cu timpul, *voința/puterea lui de confruntare cu situația va fi complet abolită*;
- **EVITAREA FOBICĂ**. În mod intenționat am scris această caracteristică cu majuscule, pentru că e cel mai semnificativ simptom al fobiei, care cufundă pacientul în tot mai mare frică față de obiectul, subiectul, situația fobogenă. *Evitarea fobică este mecanismul patologic prin excelență, care amplifică fobia*. Cu cât eviți mai tare, un obiect, o situație, un context personal/sau o persoană, cu atât te cufunzi mai tare în fobie. Se intră în acel *cerc vicios* ca și în *Tulburarea obsesiv-compulsivă* (TOC³), în care: *obsesia* (gândul intruziv, irezistibil, recurent, persistent, nedorit, incontrollabil etc.) determină *compulsia* (comportamentele repetitive sau rituale, de luptă pentru contracararea obsesiei), iar *compulsia*, la rândul ei, *amplifică obsesionalitatea*. În cazul fobiei, întâlnirea sau doar gândul la posibila confruntare (reală sau prezumtivă) cu factorul fobogen, produce *evitarea sau comportamentul evitant*, care, la rândul lor, *augmentează fobia*. Pacientul își construiește propriile „conduite și strategii de evitare” (VMP, p. 437), mai mult sau mai puțin conștiente, dar din ce în ce mai elaborate.

4. Orientări terapeutice

Pentru că ar fi imposibil să prezentăm terapia specifică fiecărei fobii în parte, ne vom mulțumi să indicăm câteva *tehnici și linii terapeutice generale*, utilizabile în această arie nosologică:

- **EVITARE versus CONFRUNTARE**. Din cele prezentate anterior, am reținut că *mecanismul fobogen* (patologic), ce *întreține și amplifică fobia*, îl reprezintă *evitarea constantă a situației „periculoase”*. Dar, în mod paradoxal, *înseși măsurile de evitare, strategiile de prevenție a pericolului închipuit și amânarea confruntării cu realitatea „înspăimântătoare” întrețin și dezvoltă fobia*. Efortul de a *ocoli* sau de a *controla* situația *generează și acutizează anxietatea* (fobia). *Prin forțare obținem exact efectul opus* (A. Längle, *În mrejele fricii...*, AE, nr. 5/2006, p. 92-93). Intrăm în „cercul îndrăcit al anxietății”, *contribuim la nenorocire*, ca într-un fel de *self-fulfilling prophecies* (autoprofeție). *Anxietatea își dobândește forța în primul rând prin noi înșine* [*idem*, p. 92-93]. Cercul vicios arată așa: *anxietatea determină evitarea; evitarea amplifică anxietatea!*

În replică, *mecanismul terapeutic* (absolut necesar ameliorării și vindecării fobiei) devine *confruntarea* cu situația „înspăimântătoare”. E de la sine de înțeles

³ În continuare, din rațiuni practice, vom utiliza prescurtarea TOC.

că această *confruntare terapeutică* nu se recomandă să fie aplicată *ex abrupto*, dincolo de limitele suportabilității, ci în mod *gradual, treptat*, înregistrând progrese cu *pași mici*, dar *siguri*. Nu sunt recomandabile comportamente exaltate și exacerbate, precum cele din *sporturile extreme*, unde unii își testează, în mod nesăbuit, propriile limite, de maniera: „Dau și fug!” În cazul nostru e recomandabilă atitudinea de tip: „Dau și stau! Nu fug! Mă confrunt cu „pericolul”, consecvent, statornic, pe picioarele mele, nu sunt mereu „pe picior de fugă”. Există și tehnici confruntative mai „invazive”, dar ele trebuie aplicate cu discernământ și profesionalism, numai sub îndrumarea și observația continuă a unui *terapeut*. În mod obișnuit, „pacienții sunt încurajați să se expună *gradat* la situațiile sau activitățile anxiogene/fobogene. Sunt solicitați să anticipeze (inițial *imaginar*) ce se va întâmpla în timpul expunerii (*in vivo*) și, după aceea, să evalueze dacă ceea ce se petrece cu adevărat este mai rău sau mai puțin rău decât au anticipat” (I. Holdevici, 1996, p. 125).

În general, *tehnicele psihoterapeutice*, nu urmăresc doar diminuarea fricii de moment (cum se întâmplă în cazul *medicației anxiolitice*), ci rezolvarea conflictelor interioare și detașarea (*auto/distanțarea*) de factorul stresor pe termen lung, care, în cazul anxietății/fobiei, își află rădăcina mai curând în propria imaginație a bolnavului, decât în realitatea propriu-zisă.

➤ Tehnici frankliene:

1. Dereflexarea: Dacă cineva acordă *prea multă atenție* unui anumit subiect, cade pradă unei gen de *ruminație anxioasă*, cunoscută sub numele de *hiperreflexare* (atenție excesivă), care conduce inevitabil la *hiperintenția* (ambția de a reuși cu orice preț), amândouă conducând în final spre *nevroză* (V. Frankl, *Una co-existența...*, 1991, p. 61) sau obținerea *efectului paradoxal*: eșecul. În cazul fobicului, mecanismele sunt clare: 1. **hiperreflexia** (dacă..., dacă..., dacă...; dar dacă...!) generează 2. **hiperintenția** (trebuie obligatoriu să...!) care, la rândul-i, provoacă 3. **eșecul** (*efectul paradoxal*: AP, fuga; tracul, ridicolul, inhibiția, anorexia, ejacularea precoce etc., în *fobia socială*). Ca o ironie a sorții: *De ce te temi, de-ai nu scapi! Anxietatea de anticipare* (hiperreflexia) face să se întâmple exact lucrul de care omul se teme cel mai tare, la fel cum *intenția forțată* (hiper/intenția) face imposibil tocmai lucrul pe care omul și-l dorește cu tot dinadinsul. Cu cât vrei să fii mai performant, cu atât vei avea *eșecul* asigurat. Pe cât vei dori să impresionezi mai tare, pe atât vei deveni mai ridicol.

Cele două mecanisme, *hiperreflexia* și *hiperintenția*, nu pot fi stopate și neutralizate decât prin *dereflexare* (pe care o regăsim și în literatura spirituală, sub denumirea de *paza minții*). Pe scurt, tehnica *dereflexării* presupune două etape: în *prima fază* se urmărește *defocalizarea, defocusarea, dezamorsarea, dezlipirea* (interioară a) pacientului de *tematica ruminativă* și de *hipervigilență* (*desprinderea de...*), iar în *etapa a doua*, se urmărește *reorientarea spre lucruri cu sens* și spre *valori* (*reorientarea către...* exterior, fapte, acțiuni, altă direcție decât cea ruminativă) [pentru detalii vezi: V. Frankl, 2008, p. 251-263; *idem*, 2009, p. 134-136; *idem*, 1994, p. 111 ș.a.]. Practic, dereflexarea este similară *tehnichilor cognitive*, care urmăresc „întreruperea gândurilor parazite și neutralizarea efectelor lor” (OXF, p. 577). În cazul logoterapiei, aceste proceduri sunt însoțite de reorientarea gândirii și a traseelor existențiale către *valori* și lucruri încărcate cu *sens*.

2. Intenția paradoxală: Frankl a practicat această tehnică terapeutică încă din 1929, dar a descris-o doar în 1939, pentru ca de-abia în 1947 s-o publice sub acest nume (V. Frankl, *In principio...*, 1995, p. 116-117; idem, *La sofferenza...*, 1992, p. 64; *Ottimismo...*, 1991, p. 55). Potrivit spuselor sale: „Pe când *dereflectarea* face parte îndeosebi din tratamentul logoterapeutic al *nevrozelor sexuale, intenția paradoxală* se pretează la tratamentul, pe termen redus, al *pacienților obsesiv-compulsivi și fobici*. Pentru a înțelege eficacitatea terapeutică a unei asemenea tehnici, trebuie să luăm în considerare așa-zisul mecanism al **anxietății de așteptare**.

Prin aceasta înțelegem că pacientul reacționează cu *așteptare fobică* la faptul de a se repeta un eveniment. Totuși, *fobia tinde să facă să se petreacă exact acel ceva de care se teme*, iar aceasta constituie *anxietatea de așteptare*. Se stabilește în acest mod un *cerc vicios*: un *simptom* produce *fobia* și *fobia* consolidează *simptomul*. Simptomul, astfel întărit, nu face decât să consolideze puternic în pacient *starea fobică*. În acest *cerc „diabolic” închis*, rămâne întemnițat însuși pacientul: și astfel *se închide precum viermele în coconul său*. Se stabilește un mecanism de *feed-back*: 1. Simptomul produce *fobia*; 2. *Fobia întărește simptomul*; 3. Simptomul consolidează *fobia (cercul vicios fobic)”* (idem, p. 112) [pentru detalii vezi: V. Frankl, 2008, p. 228-250; idem, 2009, p. 136-137; idem, 1994, p. 112-114 ș.a.].

Intenția paradoxală este o tehnică terapeutică, eminentamente, *confruntativă*. În esență, „*pacientul este încurajat să facă sau să dorească să se întâmple chiar acel ceva de care se teme*” (idem, 1994, p. 112; Aa. Vv., *Ottimismo...*, p. 55). Altfel spus, să procedeze exact „pe dos de cum îi vine”, să meargă contra curentului. „Cel ce aude pentru prima dată instrucțiunile de la intenția paradoxală fie îl apucă *râsul*, fie va resimți o *revoltă*. Nu este oare *aproape pervers* să îndemni pe cineva să-și dorească tocmai acel lucru care îi provoacă anxietate? Cum să dai această indicație unui om care oricum este anxios? El să-și reprezinte exact ceea ce-l înspăimântă: e.g. să facă infarct? Este oare legitim să se procedeze în felul acesta cu anxietățile vizavi de *boli severe* (e.g. *fobia de cancer*) sau *fobia de catastrofe* (e.g. *accident aviatic; prăbușirea tunelului*)... sau alte *situații periculoase* (e.g. să-ți dorești să moară persoane apropiate sau teama să nu-ți înjunghii propriul copil într-o criză de pierdere a controlului)?... *Este corect față de el, după ce ani de zile s-a străduit cu îndârjire să prevină asemenea pericole...? Această tehnică pare a fi de fapt o nebunie*” (A. Längle, *În mrejele fricii*, AE, 5/2006, p. 88-89).

Și totuși ea se fundamentează pe acest exercițiu aparent imposibil, paradoxal. *Efectul este incredibil*. Se produce o ușurare imediată. Când, terapeutic (paradoxal), „ajungi să-ți rezolvi fantasma în irealitate (în imaginație, n.n.), ieșind din strâmtorare printr-o „cotitură nebunească”, ești atât de ușurat, încât îți vine să zâmbești” (idem, p. 89), ca după un examen extrem de temut pe care-l promovezi incredibil de ușor. *Intenția paradoxală mobilizează umorul* (V. Frankl, idem, p. 89), poți râde de „prostia ta”: cât de prost am fost, să ratez atâția ani, atâtea oportunități, doar din neîncredere în sine și de frica de a nu mă face de rușine (*fobia socială*)! Acesta devine deja un semn al *câștigării de distanță* față de situația temută.

➤ **Expunerea terapeutică: imaginară și reală (in vivo)**. Tehnicile de expunere la factorul „înspăimântător” sunt, fără îndoială, cele mai eficiente metode de tratare și de condiționare a fobiilor (a anxietății, în general). Cele mai uzuale sunt *expunerea în imaginație* și *expunerea în practică (pe viu; in vivo)*. Oricare însă, „trebuie

aplicată treptat, gradual, începând de la situații care provoacă o mică anxietate și trecând încet-încet spre situații mai dificile (*desensibilizare*). Sau dimpotrivă, expunerea poate fi bruscă, începând cu situații ce provoacă anxietate severă – imersie” (*flooding*) [OXF, p. 572], dar sub supravegherea terapeutului.

1. **Expunerea imaginară.** *Desensibilizarea în imaginație* a fost dezvoltată de Wolpe (1958) și O.H. Mowrer (1960). Ea se bazează pe următoarele experiențe deja cunoscute: *comportamentul de evitare* este responsabil pentru menținerea fobiei. Dacă acesta este eliminat și pacientul reușește să *între în contact* (deocamdată imaginar) cu *stimulul fobogen*, el învață că stimulul nu este de fapt periculos, lucru care-i invalidează credințele iraționale și fabulația anticipativă anxioasă de până atunci (I. Dafinoiu, J.-L. Vargha, 2005, p. 47-48). Se începe cu întocmirea unei *liste de situații fobogene*, ce provoacă anxietate în grade crescute, apoi pacientul este învățat să se relaxeze și să reducă răspunsul anxios la acestea. Până nu de mult, *desensibilizarea* a fost cea mai folosită tehnică în terapia comportamentală, dar acum se utilizează îndeosebi în fobiile simple. *Tehnica de imersie* se poate aplica situațiilor care produc anxietate severă. Pacienții sunt încurajați (evident sub asistența terapeutului!) să între în aceste situații sau să și le imagineze, continuând să facă aceasta până ce răspunsul anxios se reduce (OXF, p. 573).

„Avem de a face cu o expunere la senzațiile fizice (și psihice, n.n.) de anxietate pe care pacientul le refuză și împotriva cărora luptă. El trebuie ajutat să nu refuze anxietatea, ci să o admită, pentru a se obișnui cu ea și pentru a o putea stăpâni” (J. Cottraux, 2003, p. 113). Practic, *tehnica expunerii terapeutice (imaginară sau/și in vivo)* este similară *intenției paradoxale* a lui V. Frankl, fiind un tratament clar direcționat *împotriva evitării fobice*. Pentru *fobia socială* sau *agorafobie*, tehnicile de expunere sunt mai puțin eficiente folosite separat, motiv pentru care *metodele comportamentale* se folosesc în combinație cu *procedee cognitive* (*idem*, p. 572, 577) sau cu alte tehnici psihoterapeutice, cum ar fi cele *frankliene*, prezentate mai sus, și multe altele.

2. **Expunerea reală (in vivo).** *Tehnica desensibilizării sistematice* poate fi utilizată și pentru realizarea *desensibilizării in vivo*, în care pacientul intră în *contact real* cu *stimulii* sau *situațiile fobogene*. Această tehnică implică un *contact real* și *repetat* cu *stimulul fobogen*, până când anxietatea începe să se diminueze și să dispară. *Expunerea pe viu* la *stimulul fobogen* întrerupe cercul vicios ce menține simptomele și facilitează învățarea unor comportamente mai adaptative. Intrarea în contact a pacientului cu *stimulul fobogen* și *desensibilizarea* se pot realiza doar dacă *expunerea se face treptat/gradual*. Trebuie ținut seama permanent de *ritmul cardiac* și de cel *respirator* al pacientului, pentru a nu se produce incidente grave.

Între riscurile acestei tehnici terapeutice mai putem regăsi situația în care pacientul să dezvolte un sentiment de dependență securizant față de persoana (terapeut, rudă, prieten), care-l asistă (cel puțin inițial) în timpul exercițiilor practice de desensibilizare. Terapia poate fi considerată încheiată doar atunci când pacientul va putea intra *singur, fără a fi asistat de o altă persoană, în contact cu situațiile anxiogene/fobogene* (I. Dafinoiu, J.-L. Vargha, p. 51). În funcție de autor, durata *desensibilizării in vivo* poate fi de: 30 de minute/bisăptămânal (O. Gîrlaşu-Dimitriu, 2004, p. 93); 45 minute (I. Dafinoiu, J.-L. Vargha, p. 51); cel puțin 1 oră, cu frecvența de cel puțin 4 ori pe săptămână (J. Cottraux, p. 113), dar, din punctul nostru de

vedere, este obligatoriu să fie adaptată fiecărui pacient, să nu forțeze limitele suportabilității și să respecte principiul gradualității.

- **Antrenamentul de relaxare** (*relaxation training*). În mod intenționat am lăsat această procedură mai la urmă, întrucât simpla relaxare, indiferent de tehnicile utilizate, nu poate aduce decât o slabă ameliorare a anxietății (fobice) și, cu atât mai puțin, ameliorarea sau vindecarea unei fobii instaurate de ani de zile. Bineînțeles că nu intenționăm să anulăm efectul benefic al relaxării, de orice natură, dar să nu avem foarte mari așteptări terapeutice, *stricto sensu*, doar din această direcție.
- N.B. Trebuie să menționăm că *medicamentele* nu vindecă nici un fel de fobie. Pot ameliora starea, pot diminua anxietatea, dar nu rezolvă problemele pacientului!

5. Tipuri de fobii

După cum am văzut mai sus, fobiile sunt frecvente, iar natura lor, extrem de diversă. Ele se numără cu *sutele*, iar *unele persistă întreaga viață* (DPPC, p. 242; MDPL, p. 475). Se pot înregistra tot atâtea tipuri de fobii, câte feluri de temeri *iraționale, persistente și structurate* (cu un obiect/subiect imaginar sau real) se instalează în istoria de viață a unui om. Cele mai multe fobii pe care le întâlnim *la adulți* sunt, de fapt, o *continuare a celor din copilărie*. În această perioadă, fobiile sunt frecvente. Majoritatea dispar, dar unele persistă și în viața adultă, îndeosebi cele severe (OXF, p. 146). N-ar fi exclus ca unele dintre fobiile simple să fi fost transmise cultural (MDPL, p. 475). Potrivit *împărțirilor clasice*, fobiile sunt grupate în următoarele categorii:

5.1. Fobia specifică (anterior *Fobia simplă*)

Criteria de diagnostic

- Frică sau anxietate *marcată și persistentă, excesivă sau nerezonabilă*, declanșată de *prezența sau anticiparea* unui *obiect* sau a unei *situații specifice* (zbor, înălțimi, spații incontrolabile: închise/deschise, animale, injecții, vederea sângelui etc.);
- Expunerea la *stimulul fobic* produce aproape constant un *răspuns anxios imediat*, care se poate transforma în AP favorizat de situație (de fapt, teama de fond a fobicului este tocmai de a nu se declanșa iarăși un AP: *fobofobia* sau „frica de frică”, frica de a nu trăi din nou spaima paroxistică din AP);
- Persoana recunoaște că frica sau anxietatea este *disproporționată* față de pericolul real pe care-l implică obiectul, ființa sau situația respectivă și față de contextul socio-cultural, dar nu i se poate opune și nu o poate controla; preferă *evitarea*;
- *Situațiile fobice* sunt evitate; dacă nu, sunt suportate cu mare anxietate sau cu o *suferință intensă*;
- *Frica, anxietatea sau comportamentul de evitare* sunt *persistente*, având de obicei o *durață de cel puțin 6 luni*;
- Această *suferință* cauzează *disconfort semnificativ clinic* sau *deficit* în domeniile *social, profesional* sau în alte arii importante de funcționare;

- Evitarea, anticiparea anxioasă sau suferința în situațiile temute interferează semnificativ cu activitatea obișnuită a persoanei, cu funcționarea ocupațională (sau academică) sau cu activitățile și relațiile sociale, ori *suferință marcată* în legătură cu *faptul de a avea fobia* (este un moment de cumpănă în care, de regulă, fobicul se vede nevoit să apeleze la ajutor de specialitate, realizând că singur nu se poate descurca);
- Fobiile nu sunt simptome specifice ale unei tulburări mintale, dar le regăsim asociate multor zone de suferință psihică [apud DSM V, p. 197; DSM IV, p. 449 7 și Kapl. & Sad., p. 205)].

5.1.a Fobii de animale

În prima clasă, a fobiilor simple, intră de fapt toate felurile de ființe (în afară de om, care intră la *fobia socială*). Parcă ar fi mai corect să le spunem fobii de „vietăți”, întrucât la această categorie nu sunt incluse doar animale mari (cai, feline etc.) sau mici (reptile, batracieni, arahnide etc.), ci și păsări, insecte sau alte „vietăți”: purici, păduchi, paraziti, viruși, microbi, microroganisme, multe asociate cu teama de *contaminare* (frecventă în TOC), *infecții*, *alergii* etc., cu debut în copilărie.

5.1.b. Fobii de mediul natural

Sunt incluse fobii legate de cele 4 „stihii” (sau elemente primordiale ale lumii: *pământ*, *apă*, *aer*, *foc*); de spațiul celest; de furtuni, tunete, trăsnete; de înălțimi, întuneric, lumină etc., multe dintre ele tot cu debut în copilărie.

5.1.c. Fobii de sânge, injecții, plăgi, leziuni

Includ: fobiile de ace, obiecte ascuțite, înțepături (fig. *ironii*, *sarcasm*, în fobiile sociale), tăieturi, contaminare (prin intermediul plăgii, în TOC) etc.

5.1.d. Fobii situaționale

Sunt cele legate de avioane (zbor), spații „fără ieșire”, ascensoare (*claustrofobia*; *ascensumfobia*); transport public, tunele, poduri (*agorafobia*) etc.

5.1.e. Fobii de alt tip

Acest gen de fobii sunt provocate de stimuli, ce pot include: frica ori evitarea situațiilor ce pot duce la *sufocare*, *vomă* sau *contactarea unei maladii*; temeri de *contaminare*, dar pornind de la alt gen de cauze, decât cele de la animale, insecte etc.; fobia de „spațiu” sau teama de a nu cădea, dacă persoana se află departe de un perete sau de alt mijloc de suport/sprijin fizic; fricile copiilor de un sunet puternic sau de o persoană în uniformă etc.

6. Agorafobia

Aceasta este o fobie aparte, care se asociază adeseori altor tulburări anxioase și fobiilor situaționale.

Criterii de diagnostic

- A. Frică sau anxietate marcate privind două sau mai multe din următoarele cinci situații:
1. Utilizarea *transportului public* (e.g. automobile, autobuze, trenuri, vapoare, avioane);
 2. Prezența în spații *deschise* (e.g. parcuri, piețe, poduri);
 3. Prezența în spații *închise* (e.g. magazine, teatre, cinematografe);
 4. *Statul la rând sau în mulțime*;
 5. *Ieșirea de unul singur în afara casei*.
- B. Persoana se teme sau evită aceste situații, deoarece se gândește că poate fi *dificil să scape* sau îi poate lipsi ajutorul în eventualitatea dezvoltării unor *simptome de panică* sau a altor simptome, care determină incapacitate sau jenă (e.g. frica de a cădea, la vârstnici; frica de incontinență);
- C. Situațiile de agorafobie provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate;
- D. Aceste situații sunt evitate activ; necesită prezența unei companii (un însoțitor) sau sunt suportate cu frică sau anxietate intense;
- E. Frica sau anxietatea este disproporțională cu pericolul real pe care îl presupune situația agorafobică și contextul socio-cultural;
- F. Frica, anxietatea sau evitarea sunt persistente și, în mod tipic, durează cel puțin 6 luni;
- G. Frica, anxietatea sau evitarea cauzează disconfort sau deficit semnificative clinic în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare;
- H. Chiar dacă este prezentă o altă afecțiune medicală (e.g. boală inflamatorie intestinală, boala Parkinson), frica, anxietatea sau evitarea sunt clar *excesive*;
- I. Frica, anxietatea sau evitarea nu pot fi mai bine explicate de simptomele altei tulburări mintale – e.g. simptomele nu trebuie limitate la fobia specifică, forma situațională; nu implică doar locuri publice (ca în tulburarea anxios socială) și nu sunt legate exclusiv de obsesii (ca în TOG), de presupuse defecte sau imperfecțiuni ale aspectului fizic (ca în tulburarea dismorfică corporală), de amintirile evenimentului traumatizant (ca în tulburarea de stres posttraumatic) sau de frica de separare (ca în tulburarea anxioasă de separare) [DSM V, p. 218].

7. Fobia socială

Această fobie constituie o altă categorie aparte, întrucât este vorba de relații strict *umane, interpersonale*.

Criterii de diagnostic

- A. Frică sau anxietate marcată privind una sau mai multe *situații sociale* în care subiectul ar putea fi expus *evaluării de către ceilalți*. Astfel de exemple sunt