

C.G. Jung

# OPERE COMPLETE

## 3

### PSIHOGENEZA BOLILOR SPIRITULUI

Traducere din germană de  
**Dana Verescu**

**3**  
TREI

EDITORI  
Silviu Dragomir  
Vasile Dem. Zamfirescu

MACHETAREA ȘI COPERTA SERIEI  
Dinu Dumbrăvician

REDACTOR  
Daniela Ștefănescu

DIRECTOR PRODUCȚIE  
Cristian Claudiu Coban

CORECTURĂ  
Rodica Petcu

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

JUNG, CARL GUSTAV

**Opere complete** / Carl Gustav Jung; trad.: Dana Verescu, Vasile Dem. Zamfirescu. - București : Editura Trei, 2003 - vol.

ISBN 973-8291-61-5

**Vol. 3: Psihogeneza bolilor spiritului.** - 2005. - Bibliogr. - Index. - ISBN 973-707-017-8

I. Verescu, Dana (trad.)

II. Zamfirescu, Vasile Dem. (trad.)

159.964.2

Această ediție este bazată pe volumul 3 (*Psychogenese der Geisteskrankheiten*), din C.G. Jung, *Gesammelte Werke*, Walter-Verlag, Düsseldorf, 1995, fiind îngrijită de dr med. Franz Riklin, Lilly Jung-Merker și dr phil. Elisabeth Rűf. Pentru textul lui Jung din această ediție:

Copyright © Patmos Verlag GmbH & Co. KG, Walter Verlag,  
Düsseldorf / Germany, 1995

© Editura Trei, 2005 — pentru prezenta ediție în limba română

O.P. 16, Ghișeul 1, C.P. 0490, București  
Tel.: +4 021 300 60 90 ; Fax: +4 0372 25 20 20  
e-mail: comenzi@edituratrei.ro  
www.edituratrei.ro  
ISBN: 973-707-017-8

## CUPRINS

I	<b>Despre psihologia Dementiei praecox:</b>	
	<b>o încercare</b> .....	7
	Cuvânt-înainte .....	9
1.	Prezentare critică a perspectivelor teoretice privind psihologia dementiei praecox .....	11
	Rezumatul primului capitol .....	44
2.	Complexul întărit emoțional și efectele sale generale asupra psihicului .....	45
	Efectul acut al complexului .....	48
	Efectului cronic al complexului .....	50
3.	Influența complexului întărit emoțional asupra valenței asociației .....	59
4.	Dementia praecox și isteria: o paralelă .....	77
	A. Tulburările sentimentelor .....	77
	B. Anormalități caracterologice .....	81
	C. Tulburări intelectuale .....	85
	D. Stereotipia .....	99
	Rezumat .....	104
5.	Analiza unui caz de demență paranoidă ca paradigmă .....	107
	A. Istoricul bolii .....	107
	B. Asociații de simple cuvinte .....	110
	C. Asociații continue .....	122
	a) Împlinirea dorinței .....	122
	b) Prejudicierea .....	136
	c) Complexul sexual .....	144

Respect pentru

d) Rezumat	155
e) Completări	158
Cuvânt de încheiere	162
<b>II Conținutul psihozei</b>	165
Cuvânt-înainte la a doua ediție	167
Conținutul psihozei	171
Completare: Despre înțelegerea psihologică a proceselor patologice	191
<b>III Abordare critică a lui E. Bleuler: Despre teoria negativismului schizofrenic</b>	207
<b>IV Despre semnificația inconștientului în psihopatologie</b>	215
<b>V Despre problema psihogenezei la bolile mentale</b>	225
<b>VI Boala psihică și sufletul</b>	243
<b>VII Despre psihogeneza schizofreniei</b>	249
<b>VIII Considerații recente privind schizofrenia</b>	267
<b>IX Schizofrenia</b>	277
<i>Bibliografie</i>	295
<i>Indice de nume</i>	305
<i>Indice de termeni</i>	309

I  
DESPRE PSIHOLOGIA  
DEMENTIEI PRAECOX:  
O ÎNCERCARE

[Apărut prima dată la Editura Carl Marhold, Halle a. S. 1907.]

## CUVÂNT-ÎNAINTE

Această scriere este rodul a trei ani de cercetări experimentale și observații clinice. Din cauza dificultății și extinderii subiectului, lucrarea mea nu ridică pretenția nici de completitudine a prezentării, nici de siguranță totală a concluziilor și afirmațiilor; ea unește, dimpotrivă, în sine toate dezavantajele eclecticismului, care le vor sări poate în ochi anumitor cititori atât de tare, încât vor numi scrierea mea mai degrabă o profesiune de credință decât o carte științifică. — *Peu importe!* — Principalul este că reușesc să arăt cititorilor mei cum am ajuns, prin cercetare psihologică, la anumite concepții pe care le consider potrivite pentru a reorienta întrebările privind bazele individual-psihologice ale Dementiei praecox într-o direcție nouă și productivă. Concepțiile mele nu sunt rezultatele unei fantezii meditative, ci gânduri care s-au coapt în interacțiunea aproape zilnică cu onoratul meu șef, domnul profesor doctor BLEULER. Pentru îmbogățirile demne de a fi amintite ale materialului meu empiric îi sunt îndatorat prietenului meu doctorul RIKLIN din Rheinau. Chiar și numai o privire superficială asupra paginilor lucrării mele arată cât de mult datorez concepțiilor geniale ale lui FREUD. Cum FREUD încă nu a ajuns la recunoașterea și admirația pe care le merită, ci este combătut și de cercuri foarte pertinente, să mi se permită să precizez puțin poziția mea față de FREUD. Lectura este cea care mi-a atras atenția asupra lui FREUD, și anume în mod întâmplător mai întâi *Interpretarea viselor*; după aceea i-am studiat și celelalte scrieri. Vă pot asigura că de la început mi-am ridicat desigur toate acele obiecții care au fost aduse împotriva lui FREUD în literatura de specialitate. Însă mi-am spus că FREUD ar putea fi combătut doar de cineva care a folosit el însuși metoda psihanalitică și cercetează

într-adevăr așa cum face FREUD, adică observă îndelung și cu răbdare viața cotidiană, isteria și visul din punctul său de vedere. Însă cel care nu face sau nu poate face acest lucru nu are voie să-l judece pe FREUD, altfel acționează ca bărbații faimoși ai științei care refuzau cu dispreț să privească prin telescopul lui Galilei. Dreptatea față de FREUD nu înseamnă, cum se tem mulți, o supunere necondiționată față de o dogmă; putem să ne păstrăm foarte bine o judecată independentă. Dacă, de pildă, recunosc mecanismele complexe ale visului și isteriei, acest lucru nu înseamnă încă nici pe departe că admit o semnificație exclusivă traumei sexuale de tinerețe, așa cum se pare că face FREUD; la fel de puțin înseamnă că pun cu atâta hotărâre în prim-plan sexualitatea sau chiar că îi recunosc acesteia universalitatea psihologică postulată de FREUD — după cum se pare, sub impresia rolului, ce-i drept puternic, pe care îl joacă în psihic sexualitatea. În ceea ce privește terapia freudiană, în cel mai bun caz ea este una dintre cele posibile și poate că nu oferă întotdeauna ceea ce se presupune în mod teoretic de la ea. Însă toate acestea sunt chestiuni secundare, care dispar complet față de principiile psihologice a căror descoperire este meritul cel mai mare al lui FREUD și cărora critica le oferă mult prea puțină atenție. Cine vrea să-i facă dreptate lui FREUD trebuie să acționeze după principiul lui ERASMUS: „Unumquemque move lapidem, omnia experire, nihil intentatum relinque.“

Cum lucrarea mea se sprijină deseori pe cercetări experimentale, cititorul va binevoi să scuze frecventele referiri la *Studiile diagnostice asociative*, editate de mine.

Zürich, iulie 1906

C.G. JUNG

## 1. PREZENTARE CRITICĂ A PERSPECTIVELOR TEORETICE PRIVIND PSIHOLOGIA DEMENTIEI PRAECOX

În ceea ce privește interpretarea tulburărilor *psihologice* la Dementia praecox, în literatura de specialitate există de fapt doar încercări care, firește, în parte merg destul de departe, dar între care nu există nicăieri legături explicite. Toate informațiile furnizate de unii autori mai vechi au doar o valoare condiționată, deoarece se referă când la una, când la alta dintre acele forme de boală care pot fi subsumate doar nesigur Dementiei praecox. Prin urmare, nu li se poate presupune o valabilitate generală: prima perspectivă ceva mai generală privind esența tulburării psihologice la catatonie este, din câte știu, aceea a lui TSCHISCH (1886)<sup>1</sup>, care afirma că esențialul este *incapacitatea de atenție*. O perspectivă asemănătoare, concepută ușor altfel, a fost exprimată de FREUSBERG<sup>2</sup>: acțiunile automate ale catatonilor sunt legate de o stare de slăbire a conștiinței, care și-a pierdut dominanța asupra proceselor psihice. Tulburarea motorie este doar o expresie simptomatică pentru gradul tensiunii psihice.

Pentru FREUSBERG, prin urmare, simptomele catatonice motorii sunt dependente de fenomene psihologice corespunzătoare. Slăbirea conștiinței indică punctul de vedere foarte modern al lui PIERRE JANET. Și KRAEPELIN<sup>3</sup> și ASCHAFFENBURG<sup>4</sup> au constatat tulburarea atenției, ca și ZIEHEN și alții: în 1894, întâlnim pentru prima dată o lucrare de *psihologie experimentală*, care și-a luat drept obiect catatonია: este

1 După: ARNDT, *Über die Geschichte der Katatonie*, pp. 81 și urm.

2 *Über motorische Symptome bei einfachen Psychosen*, pp. 757 și urm.

3 *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*.

4 Cf. *Bericht über die 28. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe*, 6. 7 November 1897, pp. 60 și urm.

3 Cercetarea lui SOMMER: *Zur Lehre von der „Hemmung“ geistiger Vorgänge*<sup>5</sup>. Autorul face următoarele observații, care sunt de o semnificație generală:

1. Procesul de reprezentare este încetinit.
2. Imaginile prezentate captează în așa măsură atenția, încât pacientul mai scapă doar cu greu de ele.
3. Frecvențele *blocaje* (prelungiri ale timpului de reacție) sunt explicate de SOMMER în acest caz prin *captare optică*<sup>6</sup>. Starea de distragere a atenției la normali prezintă ocazional fenomene asemănătoare („uimirea“, „privirea fixă“). Cu această analogie a stării catatonice cu împrăștierea normală, SOMMER constată prin urmare ceva asemănător ca și TSCHISCH ȘI FREUSBERG, și anume *scăderea atenției*. Un alt fenomen strâns înrudit cu înlănțuirea optică este, după SOMMER, *catalepsia*, pe care el o consideră „în toate cazurile un fenomen condiționat psihic“. Cu această concepție, SOMMER se află în opoziție drastică cu concepția lui ROLLER, la care aderă necondiționat și CLEMENS NEISSER.
4. ROLLER spune: „Reprezentările și senzațiile care, la nebuni, fac presiuni să fie percepute, să intre în câmpul vizual al conștiinței, sunt acelea care sunt declanșate de starea patologică a centrilor subordonați, iar când intră în acțiune a percepția activă, atenția, atunci ea este captată de percepțiile patologice“ etc.<sup>7</sup>
5. În continuare, NEISSER observă: „Oriunde am privi în nebunie, peste tot ne lovim de ceva diferit, străin; conform analogiei vieții psihice sănătoase, este vorba de procese inexplicabile. Mecanismul logic nu este pus în mișcare în nebunie de către activitatea psihică conștientă a percepției sau asociativă, ci de către stări stimulativе patologice aflate sub pragul conștiinței.“<sup>8</sup> NEISSER este îndatorat, prin urmare, concepției lui ROLLER. Această concepție nu mi se pare a fi lipsită de obiectivitate. În primul rând, ea se bazează pe o concepție anatomică a

5 pp. 234 și urm.

6 V. LEUPOLD, care de curând s-a ocupat de acest simptom, desemnează fenomenul drept „simptomul numirii și al atingerii“ (*Zur Symptomatologie der Katatonie*).

7 Citat după: NEISSER, *Über die Katatonie*, p. 61.

8 Împotriva acestei opinii susținute odinioară și de KRAEPELIN se ridică și ERNST MEYER (*Beitrag zur Kenntnis der acut entstandenen Psychosen*).

evenimentului psihic, de care nu ne putem apăra îndeajuns. Nu știm deloc ce semnificație au „centrii subordonați“ pentru apariția elementelor psihologice (reprezentări, senzații etc.). O asemenea explicație reprezintă, prin urmare, doar vorbe goale.

6 În al doilea rând, la baza concepției NEISSER-ROLLER pare să stea viziunea că în afara conștiinței se termină practic psihicul. Din psihologia franceză și din experiențele hipnotismului putem învăța că nu se întâmplă așa.

7 În al treilea rând, NEISSER este de părere, dacă nu mă înșel, că „stările stimulativе patologice aflate sub pragul conștiinței“ sunt procese celulare ale scoarței. Această ipoteză merge prea departe. Toate procesele psihice sunt corelate ale proceselor celulare (atât conform concepției materialiste, cât și conform concepției paralelismului psihofizic). Prin urmare, nu este ceva deosebit dacă și procesele psihice catatonice sunt corelate ale unei serii fizice. Noi știm că seria psihică normală se dezvoltă sub influența constantă a nenumărate *constelații* psihologice, care de regulă nu ne sunt conștiente. De ce la catatonie această regulă de bază să nu mai fie brusc prezentă? Poate deoarece conținutul reprezentărilor catatonice este străin conștiinței? Dar nu se întâmplă la fel și cu visele noastre? Și totuși nimeni nu afirmă că visele provin oarecum direct din celulă, fără constelație psihologică. Cel care-și analizează măcar o dată visele după metoda lui FREUD știe cât de puternică este tocmai aici influența constelației. Apariția reprezentărilor străine în conștiință, fără o legătură ce poate fi dovedită cu conținuturile timpurii ale conștiinței, este ceva nemaiauzit atât pentru psihologia normalului, cât și pentru cea a istericului. „Ideile patologice“ ale catatonice prezintă numeroase analogii la sănătoși și la isterici. (Vezi mai jos.) Ceea ce ne lipsește este mai puțin materialul faptic comparativ, cât mai degrabă cheia pentru a putea descifra psihologia automatismului catatonice. De fapt, mi se pare întotdeauna ceva foarte îndrăzneț să acceptăm, în științele naturii, ceva nou *toto coelo* și absolut straniu.

8 În Dementia praecox, unde există într-adevăr încă nenumărate asociații normale, trebuie să ne așteptăm să abordăm încă mult timp și legile psihicului normal, înainte de a cunoaște acele procese cu siguranță foarte fine care sunt cu-adevărat specifice. Din păcate, cunoștințele noastre privind psihicul sănătos se află încă într-un punct foarte

primitiv, spre marea pagubă a psihopatologiei, unde de fapt de-abia s-a ajuns la o părere unanimă referitor la confuzia terminologiei folosite.

- 9 Alte idei fertile le datorăm cercetărilor lui SOMMER<sup>9</sup> privind *asociațiile* catatonice. În anumite cazuri de catatonie asociațiile decurg cu un caracter normal, pentru ca brusc să fie întrerupte de o legătură de reprezentare ciudată, aparent complet fără sens, așa cum se arată în exemplul următor<sup>10</sup>:

Întuneric: verde

alb: maro

negru: *bună ziua Wilhelm*

roșu: maro

- 10 Și DIEM<sup>11</sup> a putut confirma aceste salturi asociative; el le concepe ca pe niște „idei“ bruște. SOMMER le consideră pe bună dreptate ca fiind un *criteriu important al catatoniei*. „Sugestiile patologice“, așa cum le descrie BREUKINK<sup>12</sup> bazându-se pe ZIEHEN, se pot găsi în materialul din azilele pentru nebuni, unde le-au observat de fapt acești autori, exclusiv la cazurile de Dementia praecox; și anume, la formele paranoide „sugestiile“ joacă în această formă un rol foarte cunoscut. „Ideile patologice“ ale lui BONHOEFFER<sup>13</sup> se referă probabil la un fenomen principal asemănător. Întrebarea ridicată de descoperirea lui SOMMER este firește încă în vigoare, însă, în orice caz, înainte de a ști ceva mai bun, trebuie să încercăm să împăcăm fenomenele denumite aproape cu același nume, observate de autori de cele mai diferite orientări. Deși pentru experiența clinică „ideile patologice“ par să se ivească doar în domeniul Dementiei praecox (desigur că trecem cu vederea tulburările de memorie care deseori apar brusc ale demenței organice și complexului simptomatic KORSKOW), totuși mai vreau să atrag atenția că

9 *Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden*.

10 *Lehrbuch*, p. 362. Mai nou, FUHRMANN face niște teste asociative la „prostirea juvenilă acută“, fără rezultate caracteristice (*Über acute juvenile Verblödung*, pp. 817 și urm.).

11 *Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex)*.

12 *Über eknoische Zustände*.

13 *Über den pathologischen Einfall. Ein Beitrag zur Symptomatologie der Degeneration-zustände*.

în domeniul *isteriei*, firește în cazuri care nu ajung să fie instituționalizate, „ideile patologice“ joacă deseori un rol important. Cele mai interesante exemple sunt relatate de FLOURNOY<sup>14</sup>. Am observat idei bruște asemănătoare ale unei activități psihologice modificate într-un caz foarte clar de isterie.<sup>15</sup> Și mai nou am putut constata acest lucru într-un caz similar. Tulburarea bruscă a asociației prin legături de reprezentări bruște, străine apare la urma urmei și la normali, așa cum am arătat deja.<sup>16</sup> În cazul saltului asociativ sau al „ideii patologice“ este vorba probabil de un fenomen psihologic general răspândit, care, așa cum trebuie să-i admitem lui SOMMER, apare în cea mai crasă formă la Dementia praecox.

În cercetările sale privind asociațiile catatonice, SOMMER a găsit<sup>11</sup> în continuare numeroase *asociații de sunet și stereotipii*, prin stereotipie înțelegându-se reapariția frecventă a unor reacții anterioare. (În experimentele noastre le-am numit „repetiție“.) Timpii de reacție au prezentat oscilații enorme.

În 1902, RAGNAR VOGT<sup>17</sup> reia problema conștiinței catatonice: el<sup>12</sup> pornește de la cercetările lui MÜLLER-PILZECKER<sup>18</sup>, luând în considerare observațiile lor privind „perseverarea“. Continuarea proceselor psihice (sau a corelatelor lor), chiar dacă ele sunt înlocuite în conștiință deja de alte reprezentări, este, după VOGT, cazul analog normal al proceselor catatonice de perseverare (verbigerație, catalepsie etc.). În catatonie, capacitatea de perseverare a funcțiilor psihofizice ar fi deci foarte mare. Dar cum, conform cercetărilor lui MÜLLER-PILZECKER, perseverarea apare ca foarte evidentă doar când nu se imprimă un nou conținut al conștiinței<sup>19</sup>, VOGT presupune că în catatonie perseverarea

14 *Des Indes à la planète Mars. Etude sur un cas de somnambulisme avec glossolalie, și Nouvelles Observations sur un cas de somnambulisme avec glossolalie*, pp. 101 și urm.

15 *Zur Psychologie und Pathologie sogenannter occulter Phänomene*.

16 *Diagnostische Assoziationsstudien*, art. IV.

17 *Zur Psychologie der katatonischen Symptome*, pp. 433 și urm.

18 *Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis*.

19 În stare de deviere, în timpul experimentului asociativ perseverările sporesc adesea. Cf. *Diagnostische Assoziationsstudien*, art. I, și încercările interesante ale lui STRANSKY, *Über Sprachverwirrtheit*; mai departe lucrarea excelentă a lui HEILBRONNER, *Über Haftenbleiben und Stereotypie*, pp. 293 și urm., care prezintă perspective teoretice asemănătoare.

este posibilă doar pentru că nu au loc alte procese de conștiință interesante. Prin urmare, trebuie să se presupună o anumită *îngustare a conștiinței*. De aici se înțelege și de ce *stările hipnotice* și cele *catatonice* au o anumită asemănare.<sup>20</sup> Acțiunile impulsive ale bolnavilor sunt explicate de VOGT tot prin îngustimea conștiinței, care împiedică intervenția inhibițiilor. VOGT se află aparent sub influența lui PIERRE JANET, la care „îngustarea conștiinței”, „scăderea atenției” = „abaissement du niveau mental”.<sup>21</sup> Prin urmare, aici întâlnim din nou, firește într-o formă ceva mai modernă și mai generală, opinia deja amintită că în catatonie este tulburată atenția sau, cum vreau să o exprim în general, activitatea psihică pozitivă<sup>22</sup>. Interesant este indiciul privind asemănarea cu stările hipnotice, pe care însă VOGT o schițează doar.

13 Opinii înrudite a prezentat EVENSEN<sup>23</sup>. El face o paralelă discutată între catatonie și distragerea atenției. Lipsa reprezentărilor în cazul unui câmp de conștiință îngustat este baza catalepsiei etc.

14 O cercetare conștiințioasă și profundă a psihologiei catatonice este teza lui RENÉ MASSELON<sup>24</sup>. Ca principală caracteristică, autorul constată de la început *scăderea atenției* („distraktion perpétuelle”). Însă el concepe atenția, corespunzător formației sale franceze în psihologie, într-un sens foarte general și cuprinzător. El spune: „La perception des objets extérieurs, la perception de notre propre personnalité, le jugement, la notion des rapports, la croyance, la certitude disparaissent quand la puissance d’attention disparaît.”

15 Așa cum arată acest citat, multe lucruri depind de atenție, așa cum este concepută ea de MASSELON. În rezumat el descrie trăsăturile cele mai generale ale stării catatonice: „apathie, aboulie, perte de l’activité intellectuelle”. O scurtă considerație a acestor trei concepte abstracte

20 Amintesc aici de lucrarea lui KAISER, *Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie*, pp. 957 și urm.

21 JANET, *Les Obsessions et la psychasthénie* I, pp. 514 și urm. JANET adoptă un punct de vedere asemănător deja în operele precedente *Névroses et idées fixes* și *L’Automatisme psychologique*.

22 Atenția este conform lui BINET „une adaptation mentale à un état qui est nouveau pour nous” (*Attention et adaptation*).

23 *Die psychologische Grundlage der katatonischen Krankheitszeichen*.

24 *Psychologie des déments précoces*. (Lucrarea lui MASSELON *La Démence précoce* este o schiță mai degrabă clinică a bolii.)

arată că în fond toate spun același lucru; și astfel MASSELON face tot mereu efortul, în lucrarea sa, de a găsi acel cuvânt sau acea comparație care este în stare să exprime cel mai bine esența sentimentului său corect. Însă atât de multilateral nu poate fi nici un concept al limbii omenești și, de altfel, nici nu există vreunul care să nu fi fost prins deja de vreo școală sau de vreun sistem într-o menhină unilaterală de semnificație. Cel mai degrabă MASSELON ne poate spune ce *simte* el că este esența Dementiei praecox, dacă ascultăm cum sună unele dintre exprimările sale: „L’état habituel est l’apathie émotionnelle — ces troubles sont intimement liés aux troubles de l’intelligence: ils sont de même nature — [les malades] ne manifestent plus aucun désir — toute volition est brisé — la disparition du désir est liée à tous les autres troubles de l’activité mentale — un véritable engourdissement de l’activité cérébrale — les éléments [de l’esprit ont] *tendance à vivre d’une vie individuelle*, n’étant plus systématisés par l’esprit inactif.”<sup>25</sup>

La MASSELON se amestecă tot felul de lucruri și concepții, despre 16 care el simte că provin din aceeași rădăcină pe care însă nu o poate găsi, fără ca astfel lucrarea sa să devină neclară. În ciuda lipsei de ascuțime, cercetările lui MASSELON conțin observații folositoare. Astfel el găsește o mare asemănare cu isteria: puternica abatere a bolnavului de la orice, mai ales asupra propriilor simptome („captarea optică” a lui SOMMER), fatigabilitatea, o *memorie capricioasă* — unii critici germani i-au reproșat această descoperire, cu siguranță pe nedrept, dacă presupunem că MASSELON se referă de fapt doar la capacitatea de reproducere. Dacă un bolnav, când este întrebat direct, nu dă un răspuns corect, atunci școala germană interpretează acest lucru ca *vorbire paralelă*, ca negativism, prin urmare ca pe o rezistență activă; MASSELON însă interpretează acest lucru mai degrabă ca pe o *neputință de reproduce*. Privit din afară poate fi vorba de ambele variante, diferența este dată abia de interpretările diferite cărora le este supus fenomenul. MASSELON vorbește de un „véritable obscurcissement de l’image-souvenir”, el consideră tulburarea memoriei ca fiind „la disparition de la conscience de certains souvenirs et l’incapacité du malade à les retrouver”. Opoziția dintre cele două concepții dispore de la sine dacă ne gândim

25 *loc. cit.*

la psihologia *istericului*. Dacă isterica spune în anamneză: „Nu știu, am uitat“, atunci acest lucru înseamnă: „Nu pot sau nu vreau să spun, căci este ceva foarte neplăcut.“<sup>26</sup> Deseori acel „nu știu“ este atât de neîndemânatic, încât motivul neștiinței se vede imediat. Aceeași psihologie o au și *greșelile* care apar la experimentul asociativ (lipsa reacției), pentru care am prezentat mai multe dovezi experimentale.<sup>27</sup> În practică, la isterici se poate diferenția doar cu dificultate dacă ei nu știu într-adevăr sau nu pot/nu vor să spună. Oricine este obișnuit să cerceteze mai amănunțit cazurile de Dementia praecox știe cât de mult efort trebuie depus pentru a obține informația corectă; ba suntem siguri că bolnavii știu, ba este vorba de un „blocaj“, care poate crea o impresie destul de arbitrară, și în sfârșit există cazuri unde suntem nevoiți să vorbim de o „amnezie“, exact ca la isterie, unde de la amnezie până la refuzul de a vorbi este doar un pas. În sfârșit, experimentul asociativ ne arată că aceste fenomene sunt prezente și la normali, dar numai *in nuce*.<sup>28</sup>

<sup>17</sup> Pentru MASSELON, tulburarea de memorie provine din aceeași sursă ca și tulburarea de atenție, însă rămâne neclar care este sursa de fapt. Într-o anumită opoziție cu această concepție, autorul află reprezentări care durează cu încăpățănare, pe care le califică după cum urmează: „certains souvenirs plus intimentement liés jadis à la personnalité affective des malades tendent à se reproduire sans cesse et à occuper continuellement la conscience — les souvenirs qui persistent prennent une forme stéréotypée — la pensée tend à se figer“ („închega!“)<sup>29</sup>. Fără să adauge și alte dovezi, ce-i drept, MASSELON explică aici că ideile stereotipe (prin urmare, ideile delirante) sunt asociații ale complexului personalității. Este păcat că autorul nu a întârziat mai mult tocmai asupra acestui punct, căci ar fi fost foarte interesant să aflăm în ce măsură, de pildă, câteva neologisme\* sau o „salată de cuvinte“, care deseori sunt singurele rămășițe prin care ni se mai anunță existența reprezentărilor,

26 Cf. aici MASSELON, *loc. cit.*; apoi lucrările lui FREUD și RIKLIN, *Zur Psychologie hysterischer Dämmerzustände und des Ganser'schen Symptoms*.

27 *Diagnostische Assoziationsstudien*, art. IV, și JUNG, *Experimentelle Beobachtungen über das Erinnerungsvermögen*, pp. 653 și urm.

28 Cf. *Diagnostische Assoziationsstudien*, art. IV.

29 *loc. cit.*

\* JUNG înțelege prin neologisme „formațiuni verbale noi“. (N. ed.)

sunt asociații la complexul personalității. Faptul că viața psihică a dementului timpuriu se „încheagă“ mi se pare o comparație potrivită pentru rigidizarea treptată; ea desemnează pregnant impresia pe care desigur a avut-o deja orice observator atent al Dementiei praecox. Derivarea *automatismului comenzii* („suggestibilité“) din premisele sale îi reușește desigur ușor autorului. Despre apariția *negativismului* are doar bănuieli vagi, deși literatura de specialitate franceză privind fenomenele compulsive i-ar oferi numeroase puncte de pornire pentru explicații anologice. MASSELON a verificat experimental și asociații, a găsit multe repetiții ale cuvintelor-stimul și idei frecvente, aparent de o natură complet întâmplătoare. El a ajuns la concluzia că din acest experiment s-ar vedea doar că bolnavul nu poate să fie atent. O concluzie corectă! Însă MASSELON a acordat prea puțină atenție ideilor.

Prin urmare, rezultatul principal al lucrării lui MASSELON este faptul că acest autor, ca și cei anteriori, tinde să presupună o tulburare psihologică centrală<sup>30</sup>, o tulburare care apare acolo unde curge izvorul vitalității tuturor funcțiilor psihice, deci al *cunoașterii*, al *sentimentului* și al *dorinței*<sup>31</sup>.

În explicațiile sale clare privind psihologia imbecilității la Dementia praecox, WEYGANDT numește procesul final al bolii, după terminologia WUNDTiană, o *prostire aperceptivă*<sup>32</sup>. După cum se știe, conceptul WUNDTian de apercepție este unul foarte general; el nu acoperă doar concepția lui BINET și MASSELON de atenție, ci și conceptul lui JANET de „fonction du réel“<sup>33</sup>, la care vom reveni. Pentru generalitatea conceptului de apercepție în sensul indicat pledează exprimările lui WUNDT, pe care le redau literal: „Starea caracterizată de sentimente proprii, care acompaniază concepția mai clară a unui conținut psihic,

<sup>30</sup> În plus, SÉGLAS spune în 1895 (*Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*) despre nesiguranța acțiunii catatonice: „Cela n'a rien de surprenant lorsqu'on réfléchit que tout mouvement exige la synthèse préalable d'une foule de représentations mentales — et que c'est précisément le pouvoir de faire cette synthèse mentale qui fait défaut chez ces individus.“

<sup>31</sup> KANT, *Critica rațiunii practice*.

<sup>32</sup> WEYGANDT, *Alte Dementia praecox*, pp. 613 și urm.

<sup>33</sup> *Les Obsessions*, p. 433. Acea „fonction du réel“ se poate exprima cu alte cuvinte ca adaptarea psihologică la mediu. Ea corespunde acelei „adaptation“ a lui BINET, care reprezintă o latură foarte specială a apercepției.