

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 508

Parafrenia din punct de vedere psihanalitic



PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ LA 30 IANUARIE 1930.

DE

GUZNER NICOLAE

43962

20 IAN 2005

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Patologia generală și experimentală	...	D-l	Dr. Botez A. M.
Bacteriologie (agr.)	...	"	" Baroni Vitold
Istologia și embriologia umană	...	"	" Drăgoiu I.
Clinica infantilă	...	"	" Gane T.
" ginecologică și obstetricată	...	"	" Grigoriu Cr.
Istoria medicinei	...	"	" Giuart I.
Clinica medicală	...	"	" Hațieganu I.
" chirurgicală	}	"	" Iacobovici I.
Medicina operatoare			
Farmacologia și farmacognozie	...	"	" Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	...	"	" Michail D.
" neurologică	...	"	" Minea I.
Medicina legală	...	"	" Minovici N.
Igienă și igienă socială	...	"	" Moldovan I.
Radiologia medicală	...	"	" Negru D.
Fiziologia umană	...	"	" Nișescu I.
Farmacia chimică și galenică	...	"	" Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	...	"	" Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică	...	"	" Predescu-Rion I.
Clinica stomatologică (supl.)			
Clinica dermato-venerică	...	"	" Tătaru C.
Clinica Căilor Urinare (agr.)	...	"	" Teșosu Emil
Chimia biologică	...	"	" Thomas P.
Clinica psihiatrică	...	"	" Urechia C.
Anatomia patologică	...	"	" Vasiliu T.

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-nul Prof. Dr. Urechia C.

Membri: {	D-l Prof. Dr. Botez A. M.
	" " " Gane T.
	" " " Minea I.
	" " " Hațieganu I.

În semn de recunoștință și profund respect

Profesorilor mei.

În deosebi rog pe domnul prof.

Dr. C. I. Urechia

să primească mulțumirile mele pentru bunăvoința cu care mi-a înlesnit studiul punându-mi la dispoziție atât biblioteca cât și mijloacele de experimentare. Totodată mulțumesc d-lui

Dr. G. G. Retezeanu,

asistent universitar, pentru sfaturile și îndrumările binevoitoare ce mi-au fost de mare folos în cercetările mele.



Parafrenia din punct de vedere psihanalitic.

I.

Parafrenia ca entitate morbidă este creația lui *Kraepelin* și a școlii din München care a stat sub conducerea lui. Deci ca să putem vorbi de parafrenie, trebuie să ținem necondiționat seamă de acele concepțiuni și rezultate practice, pe baza căcora *Kraepelin* a limitat această psihoză față de paranoie și demența precoce. Trebuie să luăm totodată în considerație discuțiile violente care au avut loc în urma articolelor și definițiilor prea severe ale lui *Kraepelin*, din cauza cărora problema parafreniei nu poate fi considerată ca rezolvată nici astăzi.

Până la *Kraepelin* definiția paranoiei era prea vagă. El a pus întâia oară întrebarea: dacă putem menține numirea aceasta confuză, care este acel grup al psihozelor paranoide, pentru care o putem rezerva? Lăsând la o parte simptomatologia complicată a paranoiei, după concepțiunea lui *Kraepelin* esența ei este că paranoia nu poate fi considerată ca o psihoză, ca un oarecare proces patologic cu etiologie specială.

La paranoia propriu zisă e vorba de o evoluție anormală a psihicului. Paranoia poate fi considerată ca o malformațiune psihică.

Acei indivizi, cari vor fi paranoici, chiar din momentul nașterii lor sunt psihopați, va să zică ei reacționează la excitațiuni externe deosebit de indivizi normali din punct de vedere psihic.

La acești psihopați înnașcuți din cauza conflictului cu lumea exterioară se dezvoltă un sistem deliric, care transformă personalitatea fără s-o distrugă.

Cele două componente determinative ale paranoiei propriu zise sunt deci, de o parte malformația psihică innăscută, de altă parte relația acesteia cu lumea exterioară. Concepând astfel paranoia, halucinația nu poate să aibă nici un rol în formațiunea delirurilor. Nici nu e nevoie de ele.

Kraepelin a și exclus categoric halucinațiile din entitatea morbidă a paranoiei propriu zise. Pe această bază distinge el paranoia simplă și paranoia halucinatorie. Cea din urmă o numește parafrenie.

La primă vedere e bătaoare la ochi analogia ce se observă între paranoie și imbecilitate. Se pune întrebarea: oare această stare patologică poate fi considerată ca infirmitate intelectuală precum este și imbecilitatea? Deloc!

Inteligența, voința, acțiunile viitorilor paranoici nu sunt confuze. După *Hösslin* la acești indivizi putem vorbi de o „slăbire de judecată“ (*Urteilsschwäche*). *Hösslin* care admite concepțiunea lui *Kraepelin* face o comparație între paranoici innăscuți, hoți și mincinoși cronici.

Dacă examinăm viața lor, putem constata, afară de facultăți intelectuale bune, multe trăsături caracteristice frapante: încăpățănare, inclinare pentru singurătate, precocitate; acești indivizi citesc foarte mult, au o mulțime de idei extraordinare, pe care le păstrează pentru sine, neavând încredere în toată lumea. Progresând în etate, pe baza datelor lor individuale construiesc o mulțime de idei considerate ca un tezaur scump. Mai târziu nici ei nu știu, care e originea acestor idei. Ideile acestea, *Hösslin* nu le consideră ca deliruri propriu zise. Definiția delirului după *Kraepelin*: Ideeați falsificate în mod patologic, care nu pot fi explicate și de care nici nu ne putem apropia pe bază logică, sau cu ajutorul unui argument oarecare. Dar în paranoia propriu zisă nu poate să fie vorbă de ideați patologic falsificate; procesul de formațiune al ideilor e confuz dela început pe baza unei malformațiuni psihice.

Evident, că această stare e de nevindecat; deoarece e vorbă de o invaliditate intelectuală constantă. Nici demența nu o putem aștepta, fiindcă procesul nu e progresiv. Aceleași împrejurări joacă rol și în psihoze parafrenice, dar acestea

sunt noi pentru psihicul normal mai înainte. Acestea sunt delirurile și halucinațiunile propriu zise.

Stransky neconsiderând caracterul *kraepelinian* patologic dela început caracteristic pentru paranoie, fiindcă acesta — după cum spune el — se găsește la mulți parafreni și cve-rulanți, pune întrebarea : Care e cauza limitei schimbătoare între psihoze paranoice și paranoide ?

Evoluția delirului este trăsătura caracteristică a tuturor psihozelor paranoice. Dar aceasta e un fenomen general la toate turburările psihice, va să zică nu poate fi baza clasificării.

Dacă delirul îl considerăm ca o concluzie falsă produsă de împrejurări psihice anormale și care în timpul acestor împrejurări nu poate fi corectată, delirul acesta poate fi provocat :

1. De toate afectele chiar într'o împrejurare fiziologică normală, dar mai ales patologică. Să ne gândim numai la afecte sugestive ale mulțimei.

2. La psihoze maniaco-depresive, în fiecare fază a acestora, în legătură cu hiper- sau hipotimia care predomină tocmai atunci.

3. La amenție; în entitatea morbidă a acesteia rolul principal îl joacă incoerența. Pe baza incoerenței se ivesc o mulțime de concluzii false, care și ele sunt deliruri în sensul larg al cuvântului.

4. La toate formele ale demenței etc.

Care e starea patologică, pe care o putem numi paranoie ? Aceea, în care evoluția delirului joacă rolul principal și în care delirul nu e numai o turburare accesorie.

Ce e o stare paranoidă ? Acele deliruri le putem numi paranoide, care se ivesc pe bază paracritică. Adică, raționamentele sunt bune din punct de vedere formal ; premisele stau la baza concluziunii ; asociația premiselor nu arată nici un motiv, care ar putea să fie luat ca urmarea unei turburări psihice, sau unei deprimări afective (manie, melancolie). Premisele ne arată totuși un caracter patologic, fiind produse de un psihic subjugat unui complex oarecare unilateral accentuat pe latura afectivă, și pe baza căruia toată perso-

nalitatea psihică, chiar și trecutul ei, s'a transformat progresiv și s'a infiltrat.

Diagnoza paranoiei trebuie să fie stabilită prin excludere. Acele cazuri unde se poate observa delir, nu sunt încă paranoice. Conținutul, speța, grupul, organizația delirurilor, confabulațiile nu sunt simptome importante; ceea ce este caracteristic, e modul, cum se comportă personalitatea față de acestea.

Prin urmare să facem o recapitulare: Am văzut cum concepe *Kraepelin* paranoia propriu zisă, excludând din această psihoză halucinațiile și clasând aparte formele patologice cu halucinații sub numele de „paranoia hallucinatoria” pe care o numește și cu o numire specială: parafrenie. O astfel de paranoie este după părerea lui o psihoză cu entitate morbidă a unui psihic mai înainte sănătos. Am văzut, că *Stransky* are alte păreri, el nu admite această despărțire, diagnostizarea paranoiei o face după alte criterii, halucinațiile nu le poate exclude și vede între psihozele paranoide o înrudire strâmtă. Dar admite și crede chiar necesară stabilirea unei clasificări oarecare.

Cauza discuțiilor nesfârșite între *Kraepelin* și mai mulți autori, este concepția lui *Kraepelin* despre paranoia propriu zisă fără halucinații. *Banse*, *Krueger*, *Stransky* și *Berger*, cari au consultat vreo 10.000 de psihoze paranoice, nu le pot despărți din punct de vedere clinic. Ei recunosc însemnătatea teoretică a concepțiunii lui *Kraepelin*, dar un caz de paranoie propriu zisă e extrem de rar. Pentru acei, cari nu admit concepțiunea lui *Kraepelin*, paranoia e considerată ca o psihoză dobândită, parafrenia nu poate să existe.

Să vedem acuma care sunt limitele parafreniei spre demența precoce.

După cum spune *Kraepelin* există o mulțime considerabilă de demențe precoce, unde se găsește un șir de trăsături caracteristice paranoide. El ne atrage atențiunea mai ales asupra acelor cazuri, unde psihoza e dominată de deliruri și halucinații, față de turburări afective și voliționale ascunse.

Faptul, că aceste cazuri de demență precoce se produc în deceniul al 4-lea și 5-lea, merită o atenție deosebită.

Este o experiență fără discuții, pe care a relevat-o *Kraepelin*: cu cât mai târziu se produce demența, cu atât mai mare este dispoziția la dezvoltarea delirurilor. Psihozele cu deliruri sunt observate la o vârstă mai înaintată; la copii sunt extrem de rare. Evident, cauza acestui fenomen este dezvoltarea naturală a personalității psihice. Nu e deci o deosebire între procesele morbide, ci fenomenul e datorit unei forme deosebite de reacțiune a psihicului dezvoltat, matur, rigid.

Acți se pune întrebarea: această formă patologică a demenței precoce putem să-o considerăm ca o psihoză separată? *Kraepelin* a procedat în felul acesta.

După datele lui *Kraepelin* din toate psihozele începătoare cu deliruri 40% sunt demențe precoce. Din rest cam 50% sunt diagnostizate ca parafrenie, iar jumătate dintre acestea cu siguranță se transformă curând în demențe precoce. Întrebarea este deci: se poate oare stabili o limită între demența precoce și parafrenie? A răspunde la aceasta întrebare pe baza cazuisticii e cam greu; pentru că hotarele demenței precoce după concepțiunea lui *Bleuler* sunt mai largi, decât după *Kraepelin*. După concepția lui *Kraepelin* trăsătura caracteristică a demenței precoce este descompunerea specifică a conexităților interne ale personalității psihice, împreună cu turburarea preponderantă care se poate observa în viața afectivă și volițională. Dacă această definiție poate fi considerată ca valabilă, atunci cazurile parafrenice pot fi separate.

După *Hösslin* lucru cel mai important este că bolnavii parafrenici se comportă natural. După cum crede el, diferența cardinală între demența precoce și parafrenie este că în parafrenie există o congruență între imaginația interioară și comportamentul exterior al bolnavilor. Este absurd dacă cineva imaginându-și că e rege, poartă un scut spre a se apăra de urmăritorii săi, dar este o incongruență izbitoare, când cineva se crede rege și mătură gunoiul de pe stradă.

Aptitudinea la muncă, relația normală cu lumea exterioară, afectivitatea etc., la parafrenie sunt intacte. Rezultatul este la sfârșit o demență specială. Afectivitatea este redusă; se poate observa o rezignație apatică, lacune în sistemul delirurilor. O deosebire fundamentală față de demența

precoce este că psihoza se produce la o vârstă mai înaintată.

Problema parafreniei este deci foarte simplă și clară, dacă admitem concepțiunea *kraepeliniană*, dar dacă o punem față de concepția lui *Bleuler* despre demența precoce, sau schizofrenia după cum îi zice el, care este următoarea: demența precoce e numirea unei mulțimi de psihoze, care au forme paralitice, senile etc., caracterizate printr'o alterație specific formată a gândirii, a afectivității și a raportului față de lumea exterioară atunci vom vedea că limitele demenței precoce devin atât de largi, încât parafrenia nu mai poate fi separată.

Deci drept concluzie putem constata, că diferențierea parafreniei de demența precoce este destul de neclară și la stabilirea diagnozei joacă un rol și felul considerațiunilor în ce privește limitele largi sau restrânse ale demenței precoce. După concepțiunea *kraepeliniană* sunt deosebiri fundamentale în fenomenele morbide, (începutul întârziat, predominarea halucinațiilor și a delirurilor, turburările voliționale și afective pe planul al doilea, față de demența precoce, unde sunt pe planul întâiu) dar pe care definiția lui *Bleuler* le încadrează în schizofrenie fără nici o greutate.

Natural, că aceste discuții nesfârșite, deși sunt interesante din punct de vedere teoretic, nu prezintă nici o însemnătate practică. „Intr'adevăr nu e important cum sunt numite fenomenele morbide“ spune *Freud*.

Să ne îndreptăm atențiunea încă odată asupra discuțiilor în legătură cu problema parafreniei. Paranoia propriu zisă e considerată de *Kraepelin* ca o psihoză care își trage originea dintr'o malformație psihică congenitală. Conflictul acestei malformații psihice cu lumea exterioară ar produce simptomele care după el ar fi caracteristice pentru paranoia. Iar parafrenia o consideră începând între decenii al 4-lea și al 5-lea și o concepe ca o psihoză al psihicului normal mai înainte. Cauza discuțiunii este chestiunea izolării acestor două psihoze din punct de vedere al originiiilor.

Focarul celălalt al discuțiunii este chestiunea simptomelor. Paranoia propriu zisă este considerată de *Kraepelin* ca fiind fără halucinații și chiar pe baza halucinațiilor o des-

parte de parafrenie. Majoritatea autorilor îl contrazic tocmai în această privință.

Deci cele două chestiuni de rezolvat în legătură cu discuția parafreniei sunt:

1. Care este originea paranoiei și în ce raport stă cu aceea a parafreniei?

2. În ce măsură halucinația este sau nu este un simptom caracteristic pentru paranoie și parafrenie?

Amândouă partidele au discutat numai pe bază cazuistică. Mai ales antagoniștii lui *Kraepelin*. Ca și cum adevărul ar fi de parte aceluia, cari vor fi în stare să dovedească atitudinea lor în această chestiune pe baza de statistică.

Care a fost cauza aceluia fapt, că la o chestiune expusă într'o formă așa de clară nu s'a făcut nici o observație convingătoare și forța demonstrativă pro sau contra n'o avea decât numărul cazurilor?

Evident, cauza este unitatea inseparabilă pe care o formează cazurile cu simptomele lor. Dacă într'un caz care arată toate simptomele caracteristice ale paranoiei au găsit și halucinații, nu s'au ocupat cu cercetarea originii acestui simptom unic, ci după cum erau partizanii, sau antagoniștii lui *Kraepelin*: cazul l'au diagnosticat ca parafrenie, sau s'au folosit de acest caz contra lui *Kraepelin*. Și dacă n'au găsit nici o paranoie fără halucinații, au tras concluziunea: o asemenea paranoie nici nu există.

În timpul acestei discuții, care s'a desbătut în psihiatria clasică, s'a organizat încetul cu încetul sub conducerea lui *Freud* o metodă psihologică care a conceput neurozele într'un fel cu totul nou și a încercat să le vindece cu o nouă metodă. Modalitatea cercetărilor a aplicat-o și pe teritoriul psihozelor. Interesant că această știință nouă, psihanaliza, a început să se ocupe tocmai cu acele probleme ale neurozelor și psihozelor la care psihiatricii nu mai știau ce să facă: cercetarea originii a fenomenelor morbide și examinarea simptomelor.

S'a descoperit că simptomul privit ca indivizibil până atunci, depinde de o mulțime de componente foarte bine determinate și că de le urmărim îndărăt componentele acestea ne arată originea fenomenelor morbide.

Cu ajutorul psihanalizei aruncăm o privire asupra mecanismului de formare al simptomelor și înțelegem o mulțime de fenomene altfel de cele mai multe ori inexplicabile. S'a descoperit un câmp nou de cercetare psihologică: lumea înconștientului și s'a văzut rolul principal al acesteia la nașterea neurozelor și psihozelor.

Să încercăm acum să răspundem cu ajutorul metodelor psihanalitice la chestiunile tratate mai sus. Să studiem mecanismul de naștere al psihozelor paranoice, să vedem componentele și să căutăm punctul de plecare al psihozei. După lămurirea acestor chestiuni putem să încercăm și explicarea problemei parafrenice.



II.

Profesorul *Freud* a publicat în 1911 o încercare de studiu psihanalitic despre un caz de paranoie intitulată „*Psihoanalitischen Bemerkungen über einen autobiografischen beschriebenen Fall von Paranoia (dementia paranoides)*“. Articolul care conține pe baza autobiografiei a doctorului *Schreber* o încercare de studiu psihanalitic și un tratat despre mecanismul paranoic, a devenit izvorul tuturor tratatelor psihanalitice, care s'au ocupat cu paranoie. Diagnoza lui *Schreber* a stabilit-o profesorul *Flechtsig* ca demența paranoidă, va să zică după concepțiunea kraepeliniană o psihoză parafrenică, probabil o parafrenie sistematică.

În această teză nu ne putem ocupa să facem cunoscut cazul clasic al doctorului *Schreber* și încercarea de psihanaliză făcută de *Freud*. Dar ne vom ocupa amănunțit cu mecanismul de formațiune al simptomelor paranoice (parafrenice) și în acelaș timp cu originea paranoiei (parafreniei, parafrenia după *Freud* nefiind o entitate aparte).

În legătură cu cazul lui *Schreber*, *Freud* a făcut experiența că delirul de persecuție este rezultatul unei dorințe homosexuale și a ajuns la concepția, că poate fi o oarecare legătură stabilă și intimă între fantazii pe teme homosexuale această psihoză. Împreună cu *Jung* și cu *Ferenczi* a studiat o mulțime de cazuri paranoice, la bărbați și femei neluând în considerație nici ocupația bolnavilor, nici rangul lor social și au văzut cu mirare, că în fiecare caz se poate observa în centrul conflictului patogen o aranjare nenorocită a tendințelor homosexuale care pătrund din inconștient în conștient.

Adică și la paranoie au aflat o etiologie sexuală, cu toate că această etiologie tocmai la paranoie nu e prea evidentă. Mai ales la bărbați traumele sociale, adică înlăturarea

nerecunoscută a superiorității lor joacă rolul principal. Și tocmai pe baza delirului, urmărind îndărăt originea, au ajuns la rădăcina sentimentelor sociale, care nu este altceva, decât o tendință pur erotică.

La istoricul libidinei este o fază cu totul primitivă — *faza autoerotică*. O parte a libidinei individul o îndreaptă mai târziu spre lumea exterioară, precum și ameba întinde pseudopodiile sale. Prin aceasta parcă încorporează lucrurile plăcute din lumea exterioară; astfel individul ia loc în lumea înconjurătoare din punct de vedere sentimental. Dar libidinea astfel deplasată rămâne în contact permanent cu cantitatea de libidine a individului, care — ca un fel de capital fix indispensabil — nu se deplasează nici odată și poate să retragă, sau să strămute oricând pe cea deplasată.

Pozițiunea individului în lumea exterioară, adică împrăștierea libidinei spre ființele și lucrurile înconjurătoare, nu urmează imediat după faza primitivă autoerotică. Intre aceste două faze *Freud* distinge o fază intermediară, care, — după cum vom vedea imediat — joacă un rol însemnat în psihoze paranoice. Această fază intermediară o numește *narcisism*. Cuvântul se referă la o persoană din mitologia greacă cu numele *Narcissos*, care a admirat corpul său propriu, când l'a privit odată în apa unei fântâne.

Prin narcisism înțelegem luarea corpului propriu ca obiect de iubire. Individul, înainte de a alege un obiect exterior, descopere propriul său corp, cum a făcut și *Narcissos* în apa fântanei, și ca prim obiect de iubire se alege pe sine însuși. Cu alte cuvinte: învăluște libidinos corpul său propriu.

În faza narcisistică rolul principal îl joacă în majoritatea cazurilor organele genitale. Când individul în decursul evoluției observă că există o altă lume înafară de sine, că în mediul înconjurător se află o mulțime de persoane și de lucruri către care trebuie să se orienteze și să ocupe loc printre acestea din punct de vedere sentimental, se începe căutarea obiectului de iubire în lumea exterioară.

Fiindcă în stadiul narcisismului rolul principal îl joacă organele genitale, în căutarea obiectului extern de iubire in-

dividul alege pe cei ce au organe genitale asemănătoare. Alegerea obiectului a devenit deci prin aceasta *homosexuală* și se transformă numai mai târziu în cea *heterosexuală*. După concepțiunea lui *Freud* individul ajunge la heterosexualitate printr'o fază homosexuală. La homosexuali definitivii alegerea celor cu organe genitale asemănătoare rămâne pentru totdeauna.

Tendențele homosexuale nu se nimicesc nici atunci când individul a ajuns la alegerea heterosexuală, numai direcția tendințelor deviază dela calea sexuală, adică cu alte cuvinte, se sublimază. Devin componentele instinctelor sociale, contribuiesc la prietenie, la colegialitate, la sentimentul colectiv și la altruism, cu o tonalitate specială.

Din această legătură e cu totul evident că sentimentul social în lumina analizei are o origine sexuală și este rezultatul sublimării tendințelor homosexuale. Dacă o traumă oarecare privează pe acești indivizi de sublimarea câștigată în decursul evoluției, tendințele se sexualizează iarăși.

La homosexuali definitivii, cari doresc să reprime, să sublimaze homosexualitatea lor, se poate observa o intensitate extraordinară în activitatea lor socială.

Într'un articol intitulat: „*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*“ *Freud* a ajuns la părerea că fixarea poate să se petreacă la oricare grad în evoluția psihosexuală. Această fixare acționează în psihoze ca dispoziție.

Dar să vedem ce este noțiunea *fixării*? Când un instinct sau o parte de instinct nu isprăvește complect procesul evolutiv normal rămâne stabil într'o fază infantilă.

Când spunem deci că cineva este fixat într'o fază narcisistică, înseamnă că s'a produs un defect în evoluția libidinei. Libidinea s'a oprit la faza narcisismului și prin urmare așezarea individului în lumea exterioară poate fi labilă și foarte ușor patologică.

La această parte a instinctului fixat într'o fază infantilă aparține o cantitate oarecare de libidină, care și ea reprezintă o dorință, o năzuință primitivă, infantilă. Această cantitate de libidină e incompatibil cu psihicul ulterior dezvoltat, maturizat. Se manifestă ca un dor inconștient, reprimat. Cantitatea

de libidine care aparține părții fixate trece în mod pasiv în decursul evoluției a eului în domeniul inconștientului.

Partea fixată acătuește *locus minoris resistentiae* al vieții psihice.

Ne-am întâlnit mai sus cu noțiunea de *represiune*. În legătură cu fixarea și repsiunea joacă un rol însemnat în mecanismul paranoic, trebuie deci să ne ocupăm și cu aceasta. Ceea ce la fixare se petrece în mod pasiv, aici se face în mod activ. Prin repsiune tendințele altădată conștiente trec în inconștient. Repsiunea este un proces care izvoarește din sistemele superioare capabile de conștientă (*bewusstseinsfähig*) ale eului (*Freud*). Numai acele instincte care ajung să fie în conflict cu eul conștient se rezolvă prin repsiune.

Din punct de vedere al fenomenelor patologice *străbateră* de asemenea are o însemnătate imensă. E vorbă de străbateră atunci când tendințele reprimă se întorc în conștient. Această străbateră se va produce la nivelul părții fixate adică la „*locus minoris resistentiae*“. Locul străbaterii are o însemnătate decizivă în privința psihozei.

Care va fi rezultatul străbaterii? Străbateră produsă din cauza unei traume, aduce după sine o regresiunea a libidinei. Bolnavul retrage din lumea exterioară libidinea sa care aleargă la partea fixată. Locul străbaterii va fi factorul determinant al simptomului.

În geneza simptomelor și *eul* are un rol activ.

Să vedem în ce constă aceasta. Știm, că tendințele incompatibile cu eul se reprimă. Procesul de repsiune izvoarește din sistemele superioare capabile de conștientă ale eului și tendințele chinuitoare pentru acest eu, eul le rezolvă în așa fel, că le constrânge în domeniul inconștientului. Psihicul îl considerăm normal, când eul și inconștientul sunt în stare de echilibru.

Dacă din cauza unei traume, tendințele reprimă se întorc în conștient, starea sufletească ajunge în dezechilibru, prin străbateră. După atitudinea pe care eul o ia față de dorul reprimat care străbate din inconștient, rezultă două alternative:

1. Eul consideră acceptabil dorul intrat în conștient și

se supune tendinței pătrunse. Rezultatul acestei atitudini va fi *perversiunea*.

2. Eul intră în luptă cu tendința pătrunsă. Vrea să-o reprime și pentru că nu-i reușește, caută să realizeze o rezoluție intermediară. Astfel se formează *simptomul* în general. Putem deci concluda, că simptomul este un compromis între eu și inconștient.

Când tendința pătrunzătoare este aceea, care câștigă victoria, dorul se realizează sub forma de perversiune. În cazul al doilea simptomul este numai exteriorizarea simbolică a tendinței.

Dacă ne reamintim rezultatele cercetărilor lui *Freud*, *Ferenczi* și *Jung*, pe baza cărora putem afirma, că în fiecare caz paranoic avem de a face cu un conflict homosexual rezolvat într'un mod nenorocit, adică paranoicii sunt fixați într'un punct comun de homosexualitate. Locul străbaterii este aceea fază în decursul evoluției a libidinei, care am explicat-o mai sus. Tendințele homosexuale sublimite în decursul acestei evoluții, regresează la locul străbaterii și pierd sublimarea lor. Iar simptomul va fi determinat de compromisul ce există între fantazia dorului homosexual și între eu.

Înainte de a expune mai departe aceasta teorie să vedem un caz a lui *Ferenczi* pentru ilustrarea celor spuse până acum.

Un țăran șvab, cumpătat, în vârstă de 45 ani e adus la el de soția sa, care a spus, că soțul său suferă de delir de persecuție. Ideea fixă a bolnavului este, că fiecare bărbat din jurul său îl consideră ca dușman al lui, care vrea să-l otrăvească.

Dacă cocoșul cântă în curte, dacă trece un bărbat oarecare lângă el, el simte că toate acestea sunt pentru el.

La întrebarea pusă pentru a exclude delirul de gelozie: cum stă cu soția sa, a răspuns fiecare, că în aceasta privință nu e nici o neînțelegere; că se iubesc unul pe altul, cu toate că soțul decând e bolnav nu duce o viață sexuală, dar numai pentru că „are alte griji.”

Întrebarea următoare: arată vreun interes în ce privește afacerile comunale și dacă e așa, a menținut acest interes și

după începutul îmbolnăvirii sale? Femeia răspunde cu un da categoric. Soțul a fost jurat și ca atare a manifestat o ardoare demnă de meritat, dar în timpul boalei sale nu s'a ocupat deloc cu afaceri publice.

Se observă deci prin aceasta retragerea libidinei la locul străbaterii, rezultatul acestei regresii este retragerea interesului din lumea exterioară. Precum vedem tocmai tendințele sociale sunt acelea care s'au nimicit. În legătură cu acest fenomen vom căuta tendințele homosexuale.

Conversând între patru ochi, bolnavul povestește plin de rușine, că în vârsta de 5—6 ani s'a îndeletnicit cu un joc caraghios împreună cu un tovarăș al său, care e acum dușmanul lui de moarte. Tovarășul l'a rugat să se joace „cocoșul și găina“. Băiatul a fost de acord și a jucat getuț rolul pasiv de găină. Tovarășul i-a introdus penisul sau de-în rect. Acest joc a ținut până la vârsta de 11—12 ani. Dar de când știe, că acest joc este urit și detestabil, nu'l mai exercită.

Cazul apare într'un chip și mai interesant căci o operație de fistulă rectală care i s'a făcut, poate fi considerată ca traumă determinantă a psihozei.

Intervenția medicilor a deșteptat homosexualitatea latentă, sau sublimată până atunci.

Vedem deci, că bolnavul a rămas la alegerea de obiect homosexual într'un timp îndelungat, după care tendințele acestea le-a reprimat sau le-a sublimat energic. Intervenția chirurgicală în zona erotică anală a putut să fie foarte potrivită ca jocul homoerotic infantil, care a trăit mai departe în mod inconștient să deștepte dorința de a reproduce această acțiune.

Și acuma să examinăm factorul cel mai însemnat al mecanismului paranoic: *proiecțiunea*.

În ce constă proiecțiunea? Paranoicul — după concepțiunea lui *Freud* — senzațiunile interne, dorințele și tendințele inconștiente, care ar fi foarte penibile dacă ar deveni conștiente, le proiectează în lumea externă, de unde acestea revin în conștiință ca niște observațiuni externe suportabile în această formă.

La întrebarea : că rezultatul erupțiunii tendințelor homosexuală în conștiință de ce nu este perversiunea ci un simptom paranoic, putem sublinia următoarele : compromisul între eu și între inconștient prin proiecțiune se transformă în așa fel, încât tendința reproiectată în chip de observațiune externă își pierde caracterul homosexual.

Pentru a înțelege mai bine chestiunea, să vedem cum se transformă la unele forme ale paranoiei, prin proiecțiune tendința homosexuală care alcătuește centrul conflictului și anume : *Eu, bărbat, îl iubesc pe el*. După *Freud* formele paranoice prezintă toate variațiunile formulei de mai sus. Să vedem cum este explicată această formulă de *Freud* în legătură cu delirul de gelozie. Delirul de gelozie are de obicei baza în alcoolism.

Precum se știe alcoolul lasă un mers liber tendințelor înfrânate și desublimează părțile sublimite ale instinctelor. Omul devine alcoolic și din cauză că nu se mai încrede în femei. Acest alcoolism se manifestă de obicei prin faptul, că un astfel de om se găsește totdeauna în cărciumă și încearcă să recâștige în cercul bărbaților acele valori, pe care nu-le mai află în sânul familiei. Dacă acest bărbat are o pornire libidinoasă în inconștientul lui față de tovarășii de băutură, atunci, această situație chinuitoare el încearcă s'o evite cu ajutorul proiecțiunii următoare : „*Nu eu, bărbat îi iubesc pe ei, ci ea*“, și devine gelos față de acei bărbați, pe cari îi iubește dânsul. Cazul la femei e cu totul analog : „*Nu eu iubesc femeile, ci el*“. La alegerea obiectelor proiectate asupra bărbatului se vede fără îndoială influența timpului fixării.

Aceasta e demonstrată foarte frumos în următorul caz descris de *Ferenczi*.

O femeie tânără, care după ce a trăit mai mulți ani în deplină armonie cu bărbatul său a născut o fetiță și după 2 ani un băiat. Câtva timp după nașterea fiului mult așteptat s'a îmbolnăvit de un delir de gelozie. Alcoolul nu joacă aici nici un rol.

Ea a început să suspecteze pe bărbatul, său a devenit geloasă, dă afară bucătăreasele și servitoarele una după alta,

la sfârșit obține permisiunea de a angaja numai servitori în gospodăria sa. Dar nioi această măsură nu a dat nici un rezultat.

Soțul, care a jurat medicului, că n'a fost niciodată infidel față de nevasta sa, n'a putut să facă un pas, sau să scrie ceva, fără a fi spionat de soția sa. E de remarcat, că femeile suspectate erau sau foarte tinere, între 12—13 ani, sau cu totul bătrâne.

Comportarea ei în sânul familiei a devenit din ce în ce mai amenințătoare, soțul său a simțit nevoia s-o interneze într'un sanatoriu.

Rezultatul studiului de analiză a fost următorul: Femeia respectivă avea delir de grandoare și de gelozie.

În articolele ziarelor locale au apărut o mulțime de aluzii referitoare la viața sa familiară, presupusă decăzută și la situația soției înșelate. Aceste articole sunt comandate de dușmanii săi, cari sunt, după cum credea ea, bucătăreasele și servitoarele sale date afară.

Povestește, că s'a măritat după multe insistențe, numai la îndemnul tatălui său. Căsătoria a aflat-o atuncia ca ceva foarte trivial și brutal, dar după mariaj s'a împăcat cu situația sa. După nașterea primei fiice, soțul lui parcă ar fi fost nemulțumit, fiindcă a dorit un băiat; chiar și ea a simțit oarecare remușcări în această privință. Mai târziu a început să cugete: n'a făcut cumva rău, când s'a căsătorit cu un asemenea bărbat. Dar această preocupare a fost înlocuită: a început se suspecteze servitoarea sa de 13 ani. Era încă în pat după naștere, când a chemat odată servitoarea, pe care a pus-o să jure, că domnul nici n'a atins-o vreodată. După acest jurământ s'a liniștit.

Când după câțiva ani a născut un băiat i s'a părut că și-a îndeplinit datoria față de soțul său și a devenit liberă. A început iarăși să suspecteze, dar și ea s'a comportat cochet cu bărbați. Dar a renunțat la „această comedie“ interpretată de dușmani cu intenție rea. Scenele de gelozie au devenit din ce în ce mai chinuătoare.

Ca bărbatul său să fie impotent față de alte femei, noaptea îl silia să aibe cu ea de mai multe ori contacte

sexuale. Dacă părăsia camera chiar un singur minut, o închidea și dacă la întoarcere nu găsea patul în starea în care l-a lăsat, suspecta pe bărbatul său cu bucatereasa, pe care de altfel a și dat-o afară.

În sanatoriu, băile calde prescrise, le-a primit cu plăcere, dar acestea i-au servit ca prileji să facă observații în ceace privește corpul bolnavelor. Când a comunicat observațiile sale despre femeile mai frumoase, ea avea o expresie dornică. Odată a aranjat o „expoziție de picioare“, unde ea ar fi câștigat premiul (*narcisizm*).

La întrebarea precaută a medicului, că n'a iubit cumva cu pasiune amicile sale, a înțeles tendințele medicului în această privință și a refuzat a da răspuns. În sfârșit dânsa a venit odată și s-a mărturisit, că în copilărie, s'a masturbat împreună cu o altă copilă, care a îndemnat-o la această acțiune. Comunicările sale arată o fixare completă de mamă și de servitoarele tinere.

Precum se vede și aici e vorbă de a proiectă asupra bărbatului ei un interes care se manifestă în realitate la ea către cele de acelaș sex. Femeia care s'a măritat numai din interes cu un „bărbat brutal“ îndată dupăce bărbatul său se comportă odată violent către dânsa, interesul său inconștient se manifestă față de o servitoare tânără, idealul său de altădată. Acesta era primul acces. De când și-a îndeplinit obligațiunea de a naște un băiat, cum a dorit bărbatul său, se simte liberă. Tendințele homosexuale înfrânate până acuma, se eliberează în mod brusc (fete foarte tinere, femei bătrâne) și toate acestea le-atribue soțului său. Ca dânsa să se afirme în concordanță cu aceste minciuni se comportă cochet față de bărbați deveniți indiferenți pentru ea.

În legătură cu proecția avem un caz foarte interesant din *Clinica Psihiatrică*, din Cluj.

Diagnoza clinică a cazului parafrenie fantastică. Fiind restrâns a ne folosi numai de foaia de observație bolnavul fiind plecat din Clinică, nu ne putem deci ocupa cu demonstrarea componentului homosexual. Dar cazul e demonstrativ din punct de vedere el proecțiunii.

Istoricul boalei este următorul: A. J. de 19 ani învâ-

ător. Tatăl său a murit în războiu. Mama e sănătoasă. Are două surori, dintre care o soră a fost alienată și tratată timp de 5 luni în această Clinică. De 5 ani suferă de îndurația vârfurilor pulmonare; neagă bolile venerice.

Boala actuală datează de 7 zile și a apărut brusc. După prânz a spus sorei sale, că cineva se uită la el din frunziș. Seara a devenit agitat și s'a suit pe sora sa, s'a culcat peste ea spunând mereu: „*Dați-mi ceace mi-ați luat*“. Apoi a rupt în bucăți trei icoane. La aceea cu sfânta Maria i-a scos ochii cu un briceag. În ziua următoare a fost liniștit a fost în Cluj, dar reîntors a spus că a găsit pe ucigașul tatălui său (în personaua unei femei din Cojocna) și că sora sa mai mare nu i-ar fi soră.

După trei zile calme din nou a devenit agitat spargând și călcând în picioare mai multe obiecte din casă. În ziua următoare a scos toate mobile dintr'o cameră și umbla cu o lampă aprinsă, care cu gren i-a fost luată din mână. Deatunci vorbește lucruri neroade. Cântă și flueră mereu. Nu doarme deloc.

Observațiile psihice făcute de Dl. Dr. Dragomir: Bolnavul e bine orientat în timp și spațiu. Nu prezintă turburări de memorie. E hipervigil. Nimic nu-i scapă bolnavului din cele ce se petrec în jurul său, făcând de obicei mici observațiuni la toate acestea. Atenția e promptă. Afectivitatea e ridicată. Hipertimie cu labilitate. Bolnavul cântă, flueră, dausează. E foarte comunicativ și prietenos. Dacă e contrariat se supără repede.

Asociația e accelerată cu fugă de idei. Orice lucru, orice cuvânt produce deviație în firul de idei. Asociația se face adeseaori prin asonanță și rimă. Bolnavul citează mereu proverbe, fragmente din poezii populare. Bolnavul își bate joc de personalul Clinicei: infirmierilor le zice doctori; de spune, ca ar fi tipi lombrozieni.

Bolnavul prezintă o serie de idei delirante și de întrepreri fantastice foarte bizare având ca notă principală preocupări sexuale. La începutul examinării bolnavul ascunde și reface cu totul aceste idei delirante și

ele apar numai atunci, când i-am putut câștiga încrederea. Bolnavul caută să sistematizeze întreprinderile lui delirante.

Înainte de toate aflăm, că bolnavul crede că are o mulțime de dușmani, dar spune, că el nu are nici o teamă, fiindcă el nu e singur, și are cu el „*Voința*” și el e de aceeaș părere cu *Schopenhauer*: „*Voința crează chiar și organe.*”

Dintre dușmanii lui ne amintește pe mama sa, denumind-o „*aceia, care m'a născut*”, el susține, că mama lui adevărată este o altă femeie, pe care a iubit-o tatăl său dar pe care nu a luat-o niciodată în căsătorie. Cu toate acestea în momentul când l'a conceput, el se gândia la mama lui adevărată și nu la *aceia, care l'a născut*.

Un alt dușman ar fi *Valeria*, despre care lumea crede, că-i este soră. Aceste două femei străine: mama și sora, mereu îl doreau pe el, ar fi voit să aibă cu el raportul sexual, iar dacă nu au putut face aceasta, atunci s'au mulțumit să-l deposedeze de sperma sa „esența cea mai fină a măduvei” făcându-l prin sugestie să se masturbeze. Urmarea acestei masturbări a fost, că s'a îmbolnăvit, făcând tuberculosă pulmonară.

Despre intențiile mamei și despre preocupările sorei s'a convins din următoarele:

1. Mama îi spune adeseori, ca *este întocmai ca tatăl său*, ceace înseamnă, ca el să se comporte față de mama sa, ca și tatăl său în sens sexual.

2. Ca sora caută pe orice cale să-i ia sperma. Se vede și deacolo, că voia să ia și știința matematică. De pildă: sora nu putea nicicum să învețe teorema lui Pitagora și îl ruga pe el să-i-o explice. El i-o expunea cât se poate mai clar, dar ea tot nu pricepea. Natural din cauza, că în timpul acela se gândea mereu la porcării, adică să aibă raport sexual cu el.

Dușmanii lui, dintre cari și un oarecare conte *Ugron* (care voiește să-și improspăteze familia cu sânge românesc) voiesc să-l împiedece de a lua în căsătorie pe o în-

văjătoare, cu care se iubesc reciproc deși nu-și au spus-o niciodată unui altuia.

Despre tatăl său lumea spune, că a murit pe front în Galiția. De fapt însă el a fost omorât, când era în Galiția în 1914, de către o femeie din Cojocna. care prin sugestie „în cel mai întunecat moment din noapte, i-a scos din măduva esența cea mai fină”. Dar el a înviat apoi și se află în Cluj cu numele dr. L. P. Bolnavul ne mai povestește apoi, că acum câteva zile într-o seară se simțea foarte rău din cauza, că Valeria, așa zisă sora sa, stătea aproape de el. Atuncia a crezut, că a sosit momentul să înceapă lupta fața de dânsa. S'a apropiat cu scaunul de ea, când a ajuns-o, a trântit-o la pământ și a trecut-o cu întreaga șira spinării a lui peste corpul sorei dela picioare înspre cap. Când a ajuns cu șira spinării lombo-sacrată la corpul ei, a apăsat cu toată forță și a mișcat mereu din picioare. A simțit atunci cu și cum s'ar rupe ceva din pieptul său și simțea cum plămânii sunt din ce în ce mai liberi și mai sănătoși.

Bolnavul a intrat la Clinica Psihiatrică la 1. Noembrie 1928 și a eșit de acolo la 28. Decembrie 1928. E liniștit, probabil că disimulează.

Aici e vorbă fără îndoială de o proecție a complexului lui Oedip.

Formula de bază: „Eu iubesc pe cineva” se transformă prin proecțiune „cineva mă iubește pe mine” adică prin alte cuvinte sunt persecutat de amorul cuiva. Așa se formează prin proecțiune delirul de persecuție. Iar situația fiind vorba de mamă și soră, e chinuitoare chiar și într'o asemenea formă. Ca să scape de această tortură, neagă cu totul rudenția cu mama și cu sora, e chinuitoare chiar și într'o asemenea formă. Situația pierde astfel caracterul incestuos, chinuitor.

Dar probabil că există și un alt proces de identificare. Bolnavul s-a identificat fără îndoială prin complexul lui Oedip cu tatăl său. Această o confirmă și procesul identic în ce privește sperma. Tatăl său care a murit după știrea lumii, dar a înviat, ne aduce aminte

de Hristos. *Adică bolnavul = tată; tată = Hristos, va să zică bolnavul = Hristos.* Mama lui Hristos este *Sfânta Maria*. Prin această putem explica mânia cu care s-a comportat bolnavul față de icoana *Sfintei Maria* fără a lua în considerație că scoaterea ochilor care se află în această formă și în legenda lui *Oedip*, are o însemnătate extraordinară din punct de vedere sexual-simbolic.

Să facem un pas mai înainte. Am văzut deci rolul determinativ ce joacă în mecanismul formării simptomelor fixarea, represiunea și străbaterea, dintre care cea din urmă are cu consecință regresivitatea libidinei. Precum știm proiecțiunea este momentul cel mai important în formarea simptomului. Proiecțiunea înlocuiește o tendință internă cu o observațiune externă. În legătură cu delirul de persecuție, această constă în faptul, că afectul se transformă: ceea ce ar trebui să se manifeste sub forma unui amor intern, devine conștient în chip de o mânie venită din afară.

Să vedem acum cum fixarea, străbaterea și regresivitatea libidinei, care determină simptomul, pot fi aduse la același numitor.

Precum știm rezultatul străbaterii este regresivitatea libidinei la locul străbaterii. Care va fi rezultatul acestei regresivități? Bolnavul retrage cea mai mare parte a libidinei sale din lumea externă. Prin urmare, pierde interesul său față de lumea înconjurătoare, care nici nu mai există pentru el. Acest proces e numit de *Freud* „sfârșitul lumii” (*Weltuntergang*). Același fenomen se petrece în punctul culminant al extazului de iubire. Dar într-o asemenea împrejurare nu eul este acela care stă în direcțiunea curentului libidinos, ci obiectul iubirii. Pentru omul amoretat nu există nimic din lumea exterioară afară de obiectul său de iubire.

Paranoicului a ajuns deci după străbaterea și după regresivitatea libidoului la „sfârșitul lumii”. Această stare de singurătate, care nu este tocmai exclusivă, îi este insuportabilă. Acest fenomen se vede într-un chip cu totul clar și într-o măsură complectă în cazul lui

Schreber care după „sfârșitul lumii“ vorbește despre „oameni superficial schițați“ (*flüchtig hingemachte Menschen*).

Ca să se scape de această situație insuportabilă încearcă să reconstruească lumea, care nu-i reușește complet, dar se stabilește totuși un oarecare echilibru. Această lume nouă construită de paranoic o concepem ca delir. Sistemul deliric, ceea ce considerăm ca produsul boalei, în realitate nu e altceva decât o încercare de vindecare, o reconstrucție care n'a reușit complet (Freud). Această aduce după sine transformări enorme, dar bolnavul recupă totuși într'un oarecare fel locul său în lumea exterioară.

Ceea ce alcătuiește deci procesul morbid propriu zis, retragerea libidinei dela ființele și lucrurile iubite mai înainte se petrece în mod latent: noi nu observăm nimic din aceasta. Suntem siliți ca să procedăm în mod retrospectiv pe bază reconstrucțiunii bolnavului. Ceea ce ne atrage atenția și ceea ce noi numim simptom, este deja un proces de vindecare, va să zică, s-a început recurgerea libidinei înspre persoanele și lucrurile părăsite. Aceasta se produce cu ajutorul proiecției. Ceea ce îi lipsește înăuntru, recapătă din afară.

În rezumat: nașterea simptomului este precedată de o recurgere considerabilă de libidine. La punctul fixării, care determină simptomul, din cauza recurgerii libidinei, se produce o adevărată pleoră libidinoasă. Această cantitate enormă de libidine, bolnavul încearcă să-o dirijeze înapoi la locurile părăsite. Spunem că aceasta e o încercare de reconstruire, care nu reușește complet niciodată, pentrucă bolnavul nu ajunge ca libidinea să ocupe vreodată pozițiunea de mai înainte.

O contrazicere poate să fie relevată, spunea Freud, și anume: această recurgere de libidine se observă nu numai la paranoie, ci și în alte împrejurări unde consecințele nu sunt așa de triste. Reprimarea tendințelor și a dorințelor este un fenomen de toate zilele, iar postulatul represiunii este retragerea libidinei.

Se întâmplă în ficcare zi în împrejurări normale, că retragem libidinea noastră dela unele persoane și lucruri sub formă de retragere de amor și aceasta nu aduce după sine nici o imbolnăvire. Procesul morbid propriu zis nu constă deci în retragerea libidinei, ci în modul cum această se preoduce la paranoici.

Să examinăm diferența între aceste două forme. Ce se petrece cu libidinea eliberată prin represiune și cum regresează libidinea la paranoici?

Dacă retragem libidinea noastră dela o ființă sau dela un lucru oarecare, atuncia încercăm să căutăm o altă persoană, un alt lucru, ca libidinea noastră liberă să-o putem repartiza undeva. Până când nu se produce această repartizare, libidinea superfluă pricinuește o tensiune chinuitoare: influențează asupra laturii afective. În caz de neurastenie libidinea se transformă în înervări sau în strângeri (Freud). Neuroticul caută totdeauna după cât se poate mai multe lucruri, unde ar putea să repartizeze o parte din libidinea sa. Acest proces *Ferenczi* îl numește: „proces de diluare.” Libidinea se diluează prin interesul care se manifestă în toate direcțiile.

Dar ce se întâmplă la paranoie?

Toate psihozele paranoice au un simptom care e comun și constant aproape la toate: delirul de grandoare. Dacă acest simptom constant încercăm să-l punem în legătură cu recurgerea libidinei, vedem că delirul de grandoare poate fi conceput ca o învăluire libidinoasă foarte pronunțată a eului. La paranoici libidinea liberă recurge la eu și prin aceasta eul se mărește în mod patologic. Această e deci tocmai contrarul aceluși proces, despre care am vorbit la neuroze.

La paranoic eul ajunge să fie restabilit în fază de narcisism, când el însuși a fost obiectul sexual. Dacă luăm încă în considerație că paranoicii sunt fixați în fază de narcisism, atunci putem spune că regresivitatea paranoică este caracterizată prin recurgerea homosexualității reprimată până la narcisism (Freud).

E interesantă comparația între concepțiunea clasică

și cea analitică în această privință. După concepțiunea clasică delirul de persecuție aduce după sine ca rezultat logic delirul de grandoare. „Dacă eu sunt persecutat, această provine probabil din faptul că am însușiri eminente” — spune paranoicul. Acest proces e amintit de Jones sub nume de „raționalizare”.

Explicarea e fără indoială logică, dar în cazul când delirul de grandoare nu e precedat de un delir de persecuție, nu poate fi aplicată.

După concepțiunea analitică nu avem nevoie de raționalizarea lui Jones. Bolnavul care suferă de delir de grandoare, regresează cu libidinea sa până la narcisism. Delirul de grandoare e deci un fenomen infantil.

Comunicăm un caz dela *Clinica Psihiatrică din Cluj*, diagnosticat ca *parafrenie*.

Comunicăm un caz dela *Clinică Psihiatrică din Cluj*, diagnosticat ca *parafrenie*.

P. Gy. plugar de 47 ani, căsătorit. Tatăl suferă de epilepsie și de un an nu mai poate vorbi. Mama la 65 ani din cauză necunoscută a murit. Părinții nu erau alcoolici. Din zece frați patru au murit în copilărie. Are șase copii sănătoși și doi morți la un an. Soția n-a avut avorturi. Nu se știe de vre-o boală infecto-contagioasă. Nu face abuz de alcool ori tutun.

Boală actuală datează de șase ani și ar fi debutat insidios. Nu-și mai vedea de lucru. Vagabondează. Spunea că aude vorbind pe sfinți și pe Maica Sfântă, pe cari susținea chiar că îi vedea. Spunea că a fost în cer și în iad. De două luni a devenit impulsiv față de soția sa, pe care a bătut-o multe ori. Acestea toate le-a făcut din îndemn dumnezeesc precum spune el. Vorbește totdeauna despre chestiuni religioase care îl preocupă, dar care nu au nici o legătură între ele.

Consultația fizică nu arată nimic patologic.

În ce privește psihicul, observațiile sunt următoarele. Bolnavul se comportă liniștit. Este bine orientat în timp și spațiu. Memoria e bună atât pentru trecutul recent cât și pentru cel îndepărtat. Atenția bolnavului

este bună; el urmărește cu atenție, ce se petrece în jurul său. Răspunde prompt la întrebările puse. Calculul mental merge. Afectivitatea e adecvată ideilor delirante și halucinațiilor pe care le prezintă. Vorbește, cu convingere profundă despre revelațiile dumnezeiești ce le-a avut. Uneori plânge, de exemplu atunci când povestește cum a văzut odată pe Dumnezeu care era în mod îngrozitor înconjurat de îngeri. Bolnavul vorbește mult, este logoreic. Spune că de șase ani vorbește zilnic cu Dumnezeu și cu sfinții și îngerii lui. Vocea lor o aude foarte clar, nu numai cu urechile ci cu capul întreg. De văzut însă nu-i vede cu ochii, ci numai cu ochii sufletești, așa ca în vis.

Delirurile sunt din domeniul religios și au un caracter mistic, fantastic și erotic. Bolnavul spune că Dumnezeu i-a ordonat să predice lumii întregi adevărurile mistice care până acuma nu au fost descoperite oamenilor. Aceste descoperiri ar fi cam următoarele: Toți acei cari comit un păcat trebuie ca în viața pământească să sufere „focul curățitor”, ori cu alte cuvinte: să fie bolnav, să aibă nenorociri, să fie persecutat etc. Acei păcătoși cari sufăr acest foc curățitor, nu vor fi părtași ai fericirii cerești. Dânsul încă suferă acest foc curățitor din cauza că a păcătuit, întrucât a avut raporturi sexuale cu actuala sa soție deja cu un an și jumătate înainte de căsătorie. Despre Dumnezeu spune că are un trup de om, unul de drac și unul de elefant. Dumnezeu are soție pe Maica Sfântă. Deasemenea toți sfinții, îngerii, și oamenii cari au ajuns în cer, au câte o soție, pentrucă pe cealaltă lume oricine trebuie să fie „impeceheat”. Despre soția lui Hristos spune că este necredincioasă și îl înșală pe soțul său.

Bolnavul spune că toate acestea i-au fost spuse decâte Dumnezeu. Maica Sfântă, îngerii etc. cu cari vorbește zilnic.

Pus ca bolnavul să descrie aceste lucruri, el scrie o scrisoare, care ar fi următoarea în traducere românească:
Dată în Cluj la clinică.

Purgatorul meu fiind în curs, D-zeu m-a atins cu pedepsele sale parțiale ale lumii celeilalte deja de șase ani. Am primit deja de mult comunicările lui D-zeu, că anume ce vrea cu mine. Că din pedeapsă n' a lăsat războiul: vom regreta noi oare păcatele noastre în urma multelor pedepse. Dar chipul Vergurei Maria a văzut că D-zeu și-a întors fața spre mâna pedepsitoare, pentru că păcatele noastre nu-au fost întoarse în urma pedepselor. Mânia lui înfrântă și-a aruncat-o asupra îngerilor săi: „sfinți cum conduceți în această lume credința sa cea sfântă.” Sfinții săi îngeri foarte s'au înspăimântat și s'au adresat lui Hristos, conducătorul credinței. Doamne Hristos ce să ne facem? Hristos s'a adresat Vergurei Maria că ce să facă pentru a înmoia mânia lui Dumnezeu. Maica Sfântă i-a zis lui D-zeu: „Doamne D-zeule fie-ți milă de poporul tău.” Atunci D-zeu cumpănând: „dați învățătură pe această lume, despre sfânta credință.” *Sunt deci aici.* Au scoborit la mine deja de 6 ani spre a-mi face cunoscută Sfântacredința a lui D-zeu așa cum este pe acest pământ precum și pe cealaltă lume. Despre înțelegerea Sfântei Sale Credințe care a comunicat Domnul nostru Hristos împreună cu Maica Sfântă. Lui D-zeu i-a plăcut să arate *cum un corp femeiesc poate fi încorporat într'un corp care e bărbălesc*, pentru a arăta și mai mult iubirea sa pe această lume. Dar această nu i-a reușit; încercarea s'a făcut, dar pentru că sunt mai multe feluri de nature pământești, naturii mele nu i-a căzut și aceste lucruri s'au isprăvit prin mare rușine, fiindcă aceste nature n'au putut să se înțeleagă între ele, s'au retras de sine.

Deci pentru că minunea grozavă a lui D-zeu nu s'a putut întâmpla, din rușine a hotărît, a mă pieri din această lume. Dar văzând familia mea numeroasă a prelungit timpul învățaturii.

P. Gy.

Citind manuscriptul bolnavului înafară de un stil bisericesc și un delir de grandoare cecece se ivește, este o evidentă fantezie homosexuală. Ar fi foarte interesant

a ști în privința interpretării, cum s'a început această psihoză, a cunoaște trauma patogenă, ceea ce o vom face ulterior.

Vedem că tendințele homosexuale, care s'au isprăvit prin mare rușine, (probabil, aici undeva se ascunde trauma patogenă) sunt proiectate în mod interesant.

D-zeu încearcă să facă un miracol pentru a comunica sfânta credință: „să arate cum un corp femeesc poate fi încorporat într'un corp care e bărbătesc.”

Bolnavul trebuie să se supuiе miracolului venit din partea lui D-zeu, adică dinafară. El e nevinovat în toate acestea. Dacă corpul său cu ajutorul unui miracol dumnezeesc se transformă într'un corp femeesc, atunci înclinarea sa înspre bărbați nu mai este nenaturală și culpabilă.

Și aici urmează un alt conflict, care poate fi considerat la un cap de familie cumpătat, cu 6 copii, ca lupta cului contra unei tendințe homosexuale, care a străbătut din înconștient.

Conflictul este atât de grav, încât bolnavul este preocupat cu gândul sinuciderii. „Deci, pentru că minunea grozavă a lui D-zeu nu s'a putut întâmpla, din rușine a hotărît a mă pieri din această lume.” Dar văzând familia lui numeroasă, îi prelungește viața. Bolnavul suferă mai departe în purgatoriu creat pentru sine.

Pe cealaltă lume, unde el nu poate să ajungă niciodată, totul e deosebit. Acolo toți indivizi sunt împerecheați. Această e adevărata viață familiară, la care dânsul trebuie să renunțe. Libidinea bolnavului a regresat la locul străbaterii. A pierdut interesul față de lumea externă. De 6 ani nu lucrează, vagabondează. În centrul câmpului de interes este D-zeu, cu care el se identifică. Libidinea sa liberă se repartizează în mod narcisistic. Are delir de grandoare. Este trimisul lui-D-zeu, ca Hristos. E interesant că despre „soția lui Hristos” spune că e necredincioasă și îl înșală pe soțul său. Această e cu toată siguranța în legătură cu soția sa și poate fi consi-

derată, ca o proecție. „Nu eu iubesc bărbatul, ci nevasta mea.“ Din porunca lui D-zeu bate câteodată pe nevasta sa.

La sfârșit ne mai rămâne să clarificăm raportul care există între paranoie și demența precoce. Pentru a evita interpretările greșite, trebuie să relevăm că ceea ce Freud înțelege sub numirea de parafrenie e demența precoce.

Freud afirmă categoric că paranoia, ca entitate morbidă o menține chiar și atunci, dacă psihoza e complicată cu trăsături schizoide. Și anume de aceea pentru că cu ajutorul teoriei libidinei se poate găsi o localizare caracteristică și constantă a fixării, și diferența în mecanismul de formațiune al simptomelor se poate afla în fiecare caz.

Ceea ce e comun în amândouă psihoze, este regresivitatea libidinei la punctul străbaterii. Abraham a demonstrat foarte clar, că și la demența precoce procesul morbid constă în retragerea libidinei din lumea externă.

Simptomul cel mai caracteristic la formele paranoide ale demenței precoce este halucinația. Pecând la paranoie rolul principal l-a jucat proecțiunea, aceeași însemnătate mare are la această psihoză halucinația. Și precum la paranoie proecțiunea am conceput-o ca o încercare de vindecare și halucinația la demență poate fi considerată ca atare. Bolnavul care suferă de demența precoce încearcă să readucă libidinea sa regresată la iocul original. La paranoic se petrece același fenomen prin ajutorul proecțiunii. Faza halucinațiilor violente poate fi considerată ca lupta represiunii cu tendința de vindecare, care vrea să repartizeze libidinea la obiectele vechi (Freud).

Diferența a două între cele două psihoze constă în faptul că rezolvarea în demența precoce este cu mult mai nefavorabilă în privința unității psihice. De ce e așa? Atât paranoicul cât și acel care suferă de demența precoce vrea să readucă libidinea sa regresată pe aceeași cale pe care s'a petrecut regresivitatea. Fiindcă regresivitatea

urmează calea represiunii, readucerea din partea sa trebuie să urmeze și ea această cale, dar în direcția opusă. Cele două elemente în luptă sunt deci: represiunea și tendința de reconstrucție. La paranoie reconstrucția este aceea care învinge și readucerea libidinei reușește cumva cu ajutorul proecțiunii. La demența precoce represiunea e mai tare. Regresiunea se face nu numai până la fază de narcisism, dar și mai încolo, până la autoerotism, care e o fază și mai primitivă decât narcisismul. La demența precoce fixarea trebuie să fie prin urmare într'o fază evolutivă de mai înainte decât la paranoie.

Faptul că cineva se imbolnăvește de paranoie sau de demență precoce depinde deci de locul fixării.



Concluzie.

Să examinăm din punct de vedere psihanalitic acele criterii, pe baza cărora *Kraepelin* a separat parafrenia și să vedem cum acestea resistă la critică analitică.

1. *Chestiunea originii*. După *Kraepelin* paranoia este o psihoză născută dintr'o malformație psihică congenitală. Iar parafrenia este o psihoză dezvoltată la un psihic mai înainte sănătos.

În dezvoltarea unei psihoze după concepțiunea analitică, ne trebuiesc trei factori: 1. o *dispoziție moștenită*, care determină fixarea; 2. *fixarea* care joacă un rol foarte important și 3. *trauma*, care actualizează toate acestea. Din cauza dispozițiunii moștenite și a fixării, echilibrul psihic devine atât de labil, încât desechilibrul poate fi provocat și de o traumă extrem de mică. Iar traumele sunt inevitabile în viață de toate zilele. Psihoza este deci determinată de primii doi factori, al treilea factor fiind inevitabil.

Este evident că ceea ce *Kraepelin* înțelege sub malformație psihică congenitală, după concepția analitică nu e altceva decât dispoziție + fixare. *Kraepelin* a spus deci adevărul, când susținea că paranoia este rezultatul unei malformații psihice, dar n'avea dreptate, când a susținut, că această se referă numai la paranoia. Pe baza acestui fapt paranoia, parafrenia și demența precoce nu pot fi separate. Faptul fixării e comun la toate psihozele. Ceea ce e deosebit, este *locul fixării*. Pecând paranoicii sunt fixați la faza narcisistică-homosexuală, libidinea celor ce suferă de demența precoce regresează până la autoerotism. În decursul evoluției individul poate să fie fixat în mai multe puncte și așa se produc acele cazuri combinate, care merită numirea de *demența paranoidă* (după *Kraepelin*: parafrenie).

Prin urmare din punct de vedere al originii concluziunea noastră este că parafrenia nu poate fi considerată ca o psihoză cu o etiologie specială. Cel puțin această numire de parafrenie poate fi întrebuințată pentru o clasificare mai clară.

II. *Chestiunea simptomelor.* După *Kraepelin* halucinația este simptomul care diferențează parafrenia de paranoia propriu zisă.

Precum știm cece este caracteristic la paranoia, este mecanismul de proiecțiune, iar la demența cel halucinatoric.

Kraepelin are dreptate când susține că la paranoia propriu zisă halucinațiile n'au nici un rol. Paranoicul prezintă numai interpretațiuni delirante. Dar aceste cazuri de paranoie, care nu conțin nici un simptom schizoid sunt extrem de rare și pe bază unui simptom, cunoscând acuma și legătura etiologică strânsă ce există între ele, ele nu pot fi separate.

Putem constata că parafrenia din punct de vedere al originii este un compromis între paranoie și demența precoce. Compromis care se traduce și în simptomatologie. Intr'adevăr: la parafrenici predomină halucinațiile și alte simptome caracteristice demenței precoce, iar mecanismul de proiecțiune și rezolvarea e cel dela paranoia.

Problema parafreniei se reduce la constatarea următoare: parafrenia din punct de vedere analitic nu poate să fie altceva, decât un termen tehnic, care clarifică o clasificare dar n'are nici o însemnătate din punct de vedere practic.

Văzut și bună de imprimat :

Cluj, la 25 Ianuarie 1930.

Președintele tezei :

Dr. C. I. Urechia.

Decanul Facultății :

Dr. Drăgoiu I.

Bibliografie.

1. Oscar Bumke: Die Diagnose des Geisteskrankheiten.
2. Wilhelm Mayer: Über paraphrene Psychosen.
3. G. Eisath: Paranoia, Querulantenwahn und Paraphrenie.
4. Kraepelin: Über paranoide Erkrankungen.
5. Schnitzer: Referat über Paranoialiteratur der letzten 20 Jahre.
6. Stransky: Die paranoiden Erkrankungen.
7. Hösslin: Die paranoiden Erkrankungen.
8. Banse: Zur Klinik der Paranoia.
9. Margulies: Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia.
10. Abraham: Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und Dementia praecox.
11. Freud: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.
12. " Krankengeschichten.
13. " Totem und Tabu.
14. " Zur Einführung des Narzissmus.
15. " Jenseits des Lustprinzips.
16. " Das Ich und das Es.
17. " Massenpsychologie und Ich-Analyse.
18. " Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.
19. " Die Traumdeutung.
20. " Arbeiten zum Sexualleben und zur Neurosenlehre.
21. Ferenczi: Lelki problémák.
22. " Ideges tünetek keletkezése és ellünése.
23. Stekel: Impulshandlungen.
24. " Onanie und Homosexualität.
25. " Psychosexueller Infantilismus.
26. F. Wittels: Zur Paranoiafrage.

