

U d' / of Ottawa



39003004956917

W.



Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

Travaux du Laboratoire de Psychologie de la Salpêtrière.

(Septième série)

D^r Pierre Janet

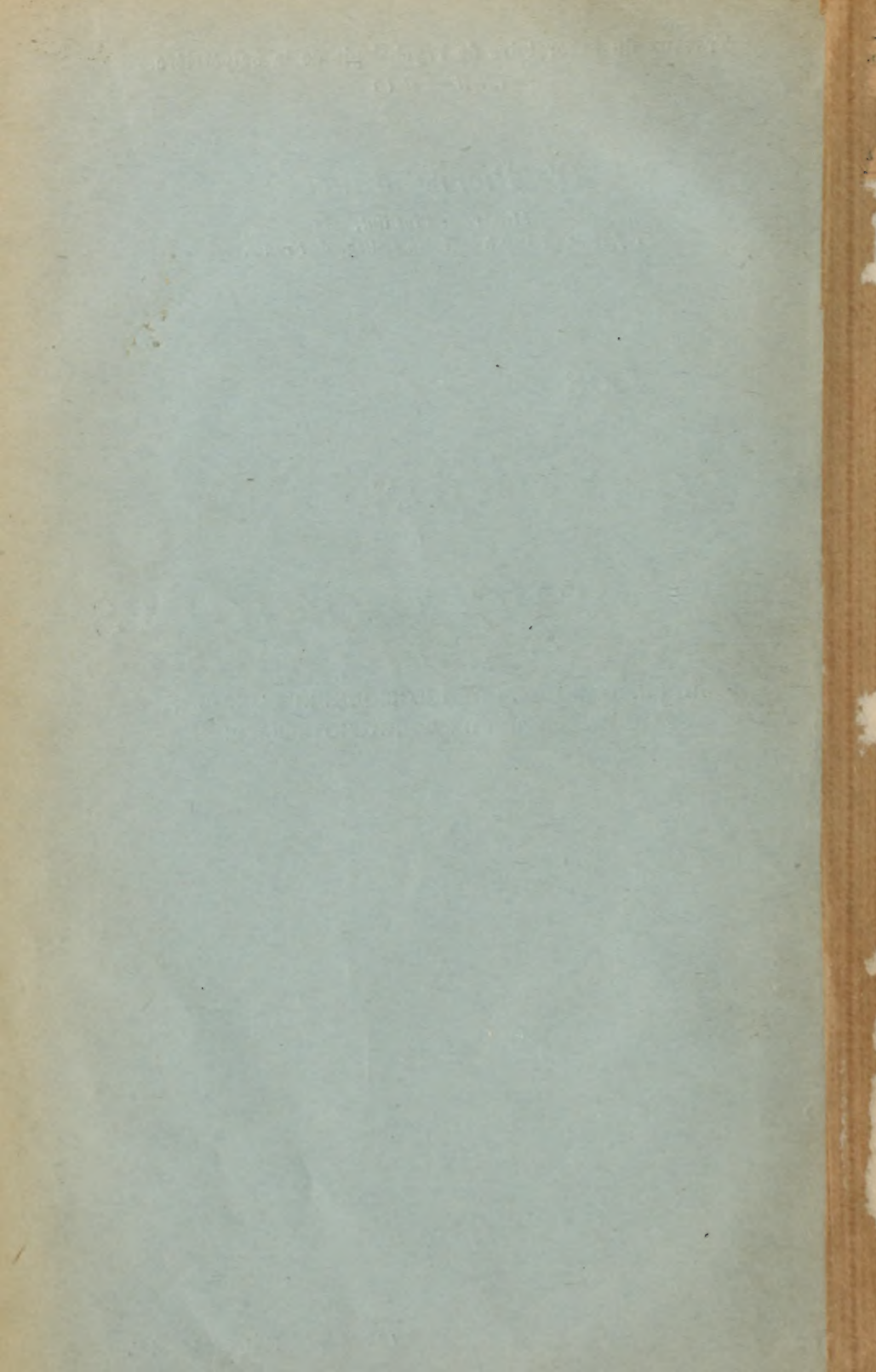
*Membre de l'Institut,
Professeur de Psychologie au Collège de France.*

Les
Médications
psychologiques

ÉTUDES HISTORIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET CLINIQUES
SUR LES MÉTHODES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

II

Les Économies psychologiques



Librairie DEOM
251 STE. CATHERINE EST
MONTREAL

Proprietary

LES MÉDICATIONS
PSYCHOLOGIQUES

AUTRES OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN.

L'automatisme psychologique. *Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité mentale.* 1 vol. in-8 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. 1^{re} édition, 1889. 8^e édition. 7 fr. 50

TRAVAUX DU LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE A LA SALPÊTRIÈRE.

Première série. **Névroses et Idées fixes. I.** *Études expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement.* 1 vol. in-8, avec 68 figures dans le texte, 1898, 2^e édition. 14 fr.

Deuxième série. **Névroses et Idées fixes. II.** *Fragments des leçons du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement.* 1 vol. gr. in-8, avec 67 figures dans le texte, 1898, 2^e édition. 14 fr.

Troisième série. **Les Obsessions et la Psychasténie. I.** *Études cliniques et expérimentales sur les idées obsédantes, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les modifications du sentiment du réel, leur pathogénie et leur traitement.* 1 vol. gr. in-8, avec gravures dans le texte, 1903, 2^e édition. 18 fr.

Quatrième série. **Les Obsessions et la Psychasténie. II.** *Fragments des leçons du mardi sur les états neurasthéniques, les aboulies, les sentiments d'incomplétude, les agitations et les angoisses diffuses, les algies, les phobies, les délires du contact, les tics, les manies mentales, les folies du doute, les idées obsédantes, les impulsions, leur pathogénie et leur traitement.* 1 fort vol. gr. in-8, avec 23 figures, 1903, 2^e édition. 14 fr.

Cinquième série. **L'État Mental des hystériques.** *Les stigmates mentaux des hystériques. Les accidents mentaux des hystériques. Études sur divers symptômes hystériques. Le traitement psychologique de l'hystérie.* 1 vol. gr. in-8 avec gravures dans le texte, 1^{re} édition, 1892. 2^e édition, 1895. 18 fr.

Sixième série. **Les Médications psychologiques.** *Études historiques psychologiques et cliniques sur les méthodes de la psychothérapie. I. L'Action morale. L'Utilisation de l'Automatisme.* 1 vol. gr. in-8, 1919. 12 fr.

Septième série. **Les Médications psychologiques. II.** *Les économies psychologiques.* 1 vol. gr. in-8, 1919. 12 fr.

Huitième série. **Les Médications psychologiques. III.** *Les acquisitions psychologiques.* (Sous presse).

The major symptoms of hysteria, fifteen lectures given in Harvard medical school (Mac Millan, editor, New-York, 1907).

Les Névroses, 1 vol. in-12, 1909, 7^e mille (E. Flammarion, éditeur).. 3 fr. 50

Travaux du laboratoire de Psychologie de la Salpêtrière

SEPTIÈME SÉRIE

LES MÉDICATIONS PSYCHOLOGIQUES

ÉTUDES HISTORIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET CLINIQUES
SUR LES MÉTHODES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

PAR

Le D^r PIERRE JANET

Membre de l'Institut.

Professeur de psychologie au Collège de France.

II

LES ÉCONOMIES PSYCHOLOGIQUES

PARIS

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI^e

—
1919

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation
réservés pour tous pays.

L'INSTITUT
DE

KC
495
25
1919
102

INTRODUCTION

Les insuccès, les insuffisances des traitements par la suggestion et par l'hypnotisme ont naturellement déterminé un grand nombre de recherches et divers traitements, les uns nouveaux, les autres déjà anciens ont pris de l'importance dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine. Ce sont également des traitements assez précis qui correspondent à des indications particulières et qui méritent à ce titre de faire partie des psychothérapies spéciales. Je réunis dans le second volume de cet ouvrage plusieurs de ces traitements qui me paraissent présenter des caractères communs et pouvoir être considérés comme des méthodes *d'économie mentale* cherchant à diminuer le travail de l'esprit et à réserver ses forces. Il s'agit des thérapeutiques par le repos proprement dit, des traitements par l'isolement et des traitements par la dissociation des idées fixes ou par la désinfection morale. A propos de ces traitements il me semble important d'examiner les problèmes psychologiques que soulève l'étude de la fatigue causée par les efforts et les actions pénibles, de l'épuisement déterminé par les relations sociales et de la dépense qu'entraînent les souvenirs traumatiques et les situations mal liquidées. Des résumés d'observations nous permettent d'apprécier les effets de chacune de ces thérapeutiques dans des cas déterminés. Le caractère commun de ces divers traitements se justifiera mieux à la fin de ce volume quand il sera possible de résumer leurs caractères généraux.

CHAPITRE I

LES TRAITEMENTS PAR LE REPOS

La plus typique des méthodes d'économie psychologique est la thérapeutique des maladies nerveuses par le repos systématique qui s'est développée en Amérique, puis en Europe, à la même époque que les dernières recherches sur l'hypnotisme.

Un instinct fondamental apprend aux animaux et à l'homme à supprimer certains troubles amenés par l'action en faisant une action particulière, celle de se reposer. De même que la tendance à l'alimentation au début de son développement se manifeste sous la forme de la faim, la tendance au repos, quand elle commence à s'activer, se présente comme de la fatigue et celle-ci ne tarde pas à disparaître par l'acte du repos complet. Or bien des troubles maladiés ressemblent à ceux de la fatigue, ne serait-il pas juste de leur appliquer une thérapeutique analogue à celle de la fatigue elle-même qui consisterait simplement dans le repos. Celui-ci paraît consister au moins en apparence dans l'immobilité, dans la simple cessation des mouvements, des actions qui ont amené la fatigue. Depuis longtemps on traitait certaines maladies par le repos de l'organe affecté, on guérissait des maladies de l'estomac en cessant de manger pendant quelque temps, on soulageait des maladies de cœur en cessant de courir et même de marcher, en se reposant dans un lit.

Les troubles névropathiques semblent se présenter de la même manière : les malades ont un sentiment très net de fatigue et d'épuisement. Certains d'entre eux poussent même ce sentiment à l'extrême et le transforment en une grave obsession. Ils ont, ou ils prennent continuellement l'aspect de personnes épuisées de fatigue, ils déclarent être au bout de leurs forces dès qu'ils ont fait quelques pas. Ne serait-il pas juste de les croire,

de les prendre au mot et d'accepter le traitement qu'ils réclament à grands cris d'une manière instinctive en le rendant plus intelligent et plus complet ?

I. — HISTORIQUE DES TRAITEMENTS PAR LE REPOS.

Quelques médecins américains, au milieu du siècle dernier ont essayé de formuler la thérapeutique par le repos qui découle de ces remarques. Samuel J. Jackson commença à organiser un traitement qui fut repris et précisé par W. Weir Mitchell et par Playfair en 1875 et 1877¹. Ce traitement était en somme fort simple : il consistait à mettre les malades dans la situation où d'ordinaire nous nous mettons quand nous voulons nous reposer. Ils devaient rester couchés et garder le lit dans l'immobilité la plus complète. Weir Mitchell leur interdisait même autant que possible les mouvements élémentaires qui ont pour but l'accomplissement des actes de la vie journalière, les repas et la toilette. Tous les soins leur étaient donnés par des infirmiers qui les surveillaient en leur parlant le moins possible. Ils devaient les faire manger comme des enfants et leur donner les soins nécessaires à la propreté. Pour éviter l'atrophie des muscles que pourrait déterminer une trop grande immobilité, les malades étaient soumis à des massages quotidiens. En même temps que le repos physique Weir Mitchell prescrivait à ses malades la suralimentation : son système n'était pas seulement une « rest-cure » mais aussi une « mast-cure ». Le régime imposé à ces malades, les repas nombreux et copieux, la quantité de lait qu'ils absorbaient en une journée, tout cela nous étonne souvent un peu. Dans certains cas, on élevait le poids des malades de 25 à 35 kilogrammes en six semaines. Enfin pour pouvoir mieux diriger ces traitements on retirait le malade de son domicile et on le plaçait dans un établissement spécialement organisé et sous la surveillance immédiate du médecin.

Ce traitement a été rapidement célébré et popularisé par divers écrivains qui avaient été frappés de son caractère psychologique. William James, Miss Annie Payson, Miss Call ont célébré les bons

1. Cf. Waterman, *Treatment of fatigue states, Psychotherapeutics, a Symposium* by Morton Prince, 1910, p. 97.

effets du relâchement et du repos partout indispensable dans les travaux de la vie. « L'équipe de rameurs qui gagne la course est celle qui sait se détendre et se reposer entre chaque coup de rames¹. » Au milieu de la vie active et inquiète il est nécessaire de ménager une période de repos complet du corps et de l'esprit. On en a vite conclu en Amérique que le meilleur moyen de guérir les psychoses était de se réfugier dans un sanatorium et « d'appeler le D^r Diet et le D^r Quiet. » Des sanatoriums se sont fondés très vite de tous côtés pour mettre en pratique le traitement de Weir Mitchell et pendant longtemps il fut de mode en Amérique de passer de temps en temps plusieurs mois à se reposer et à se suralimenter afin de reprendre des forces pour la bataille de la vie.

Ces idées ont pénétré plus lentement en Angleterre et en France ; Charcot les a en partie adoptées et a contribué à les répandre² et peu à peu on construisit sur le continent des établissements analogues à ceux qui réussissaient si bien aux États-Unis. Je ne crois pas cependant que le traitement de Weir Mitchell y ait été souvent appliqué dans toute sa rigueur. M. Lagrange, dans ses belles études sur le mouvement et la fatigue montrait bien quel est ce rôle essentiel du repos et justifiait physiologiquement ces thérapeutiques. La mise au repos d'un organe est la condition nécessaire du repos des autres organes qui en sont solidaires, or l'appareil locomoteur influence tous les autres organes et le repos des muscles est la condition du repos de l'organisme : le séjour au lit seul assure le relâchement musculaire complet. « C'est, dit-il, dans les effets dynamiques résultant d'une économie de force nerveuse qu'il faut chercher le mécanisme thérapeutique de la cure de repos. »

Un peu plus tard un traitement analogue fut appliqué aux troubles mentaux des aliénés. « On ne saurait imaginer, disait déjà Guislain en 1852, combien le décubitus prolongé facilite chez les aliénés le retour au calme. » Conolly et Falret tentèrent d'appliquer ce traitement aux maniaques mais n'en généralisèrent pas l'emploi. En 1897, Magnan compléta la réforme du « no-restraint » et la suppression de l'isolement cellulaire par

1. Cf. R. C. Cabot, Usage et abus du repos dans le traitement des maladies, *Psychotherapy* de Parker, II, II, p. 23.

2. Cf. Levidain, *Traitement de la neurasthénie*, 1891, p. 237. Philipp Coombs Knapp, *Traumatic neurasthemia*, *Bran*, 1897.

l'application aux maladies mentales aiguës et suraiguës du traitement par le lit¹. « L'alitement, dit M. Paul Sérieux dans son étude sur l'œuvre de Magnan, donne des résultats indiscutables au point de vue de l'atténuation des symptômes les plus pénibles, il écarte les complications physiques et psychiques... Il a surtout un résultat dont l'importance était pour Magnan capitale, il s'agit de la transformation complète que cette méthode apporte à la physionomie de l'asile d'aliénés : la garderie d'aliénés disparaît pour faire place au véritable hôpital destiné au traitement des maladies mentales². » MM. Sérieux en 1917, Kéramval, 1898, Poehon, 1899, Toulouse et Marchand, 1899, D'Anglade, 1902, insistèrent sur les applications et sur les bénéfices de ce traitement³ : ils montrèrent par de nombreux exemples que les mélancoliques et même les maniaques sont plus faciles à soigner et guérissent mieux quand ils sont maintenus au lit pendant la plus grande partie de leur maladie. Récemment encore au congrès de neurologie d'Amsterdam, 1907, le D^r Ley, le D^r Basterbrook, le D^r W. Mabon montraient les grands avantages de cette thérapeutique dans les asiles.

Il me semble que l'on peut justement rattacher aux traitements de Weir Mitchell une thérapeutique curieuse qui est restée peu connue, celle qui utilise les sommeils hypnotiques prolongés. On sait que souvent, ce n'est pas toujours vrai, les hystériques qui ont des accès de sommeil survenant naturellement et se prolongeant quelques jours se réveillent avec une notable amélioration de leur état. Elles sont moins engourdies, moins anesthésiques et présentent moins d'accidents. Je me souviens, en particulier, d'une malade qui présentait un délire maniaque, des contractures, des anesthésies très étendues : elle était dans un état fort grave que nous ne parvenions pas à modifier et qui se prolongeait pendant plusieurs mois. Spontanément, la malade entra dans un état léthargique qui dura une dizaine de jours, puis se réveillait sans délire, sans contractures et sans anesthésies. Le même fait

1. Magnan, De l'alitement, clinothérapie dans le service central d'admission des aliénés de la Ville de Paris, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 23 juillet 1919.

2. Paul Sérieux, V. Magnan, Sa vie et ses œuvres, *Annales médico-psychologiques*, 1917, p. 504.

3. Cf. Trénel, Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses, *Congrès de Bruxelles*, 1903, p. 371.

avait été observé plusieurs fois déjà chez cette malade : les grands accidents hystériques disparaissaient toujours chez elle à la suite d'un sommeil prolongé.

Depuis longtemps les magnétiseurs avaient observé que le sommeil hypnotique quand il est prolongé quelque temps, est à lui seul calmant et réparateur. Despine (d'Aix) disait de ses sujets « que la somnolence magnétique égalise leurs nerfs¹. » Le Dr Phillips (Durand de Gros) parle d'une hypotaxie calmante et somnifère qui peut se prolonger². « Noizet décrivait les bons effets d'un sommeil hypnotique prolongé trois jours³. Liébault également parle « de la réparation des forces pendant ce sommeil, quand il dure un certain temps⁴. Je me suis occupé moi-même autrefois de ces sommeils prolongés et j'ai raconté en 1889 comment une paraplégie hystérique déjà ancienne qui résistait aux autres traitements a disparu après un sommeil hypnotique prolongé pendant quatre jours⁵.

Un médecin suédois, M. Wetterstrand (de Stockholm) a compris l'intérêt de ces expériences et en a tiré un traitement systématique⁶. Il prétendait appliquer ce traitement à des malades très variés qui n'étaient pas seulement des hystériques, mais aussi des épileptiques, des obsédés ou des mélancoliques. Il plongeait ces malades dans un état hypnotique qui lui permettait de leur suggérer le repos et le sommeil, puis il les laissait longtemps, souvent plus de trois semaines dans cet état de sommeil.

Ces prolongations du somnambulisme provoqué sont beaucoup plus simples et faciles à obtenir qu'on ne le croirait. Le sujet accomplit ponctuellement pendant cet intervalle tout ce qui lui a été commandé, mange et boit aux heures dites, aussi bien et mieux que pendant la veille, urine et va à la selle de la manière qui lui a été indiquée. Dans l'intervalle de ces actions, il reste parfaitement immobile dans un sommeil profond. Le réveil ne présente en général pas plus de difficultés et ne laisse après lui qu'un cer-

1. Despine (d'Aix), *Le magnétisme sur cœur d'Aix*, 1849, p. 149, 151, 183.

2. Dr Phillips (Durand de Gros), *Traité du Bénédictisme*, 1860, p. 108.

3. Noizet, *Le somnambulisme*, 1850, p. 316.

4. Liébault, *Le sommeil*, 1860, pp. 199, 200.

5. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 134.

6. O. G. Wetterstrand, Ueber den Kunstlich verlängerten Schlaf besonders bei der Behandlung der Hysterie, *Zeitschrift für Hypnotismus*, 1892, p. 17; *Hypnosis and its application to practical medicine*, New York, 1897, traduction française, O. Doin, 1899.

tain degré d'étourdissement qui se dissipe rapidement et après lequel on constate une restauration surprenante de la sensibilité et de toutes les fonctions cérébrales.

Les résultats de ces traitements auraient souvent été des plus brillants : des attaques, des contractures, des délires et même de grands accès épileptiques auraient disparu définitivement. Malgré ces publications très peu d'auteurs, parmi lesquels il faut compter M. Boujour (de Lausanne)¹, se sont intéressés à la question et ont essayé de répéter ces expériences. Je reviendrai plus loin sur les expériences que j'ai publiées moi-même à ce propos en 1896. Pour le moment il suffit de constater que l'époque n'était guère favorable à cette étude, la mode médicale avait tourné. Les médecins étaient dégoûtés de l'hystérie, de l'hypnotisme et de la suggestion parce qu'on leur avait prouvé qu'il fallait étudier un peu la psychologie pour les comprendre et ils préféraient rejeter en bloc tout ce qui concernait ces problèmes : les traitements par le sommeil prolongé passèrent inaperçus.

Parmi les travaux plus récents sur les traitements par le repos l'œuvre la plus intéressante qui se rattache directement à l'enseignement de Weir Mitchell est celle de M. A. Deschamps, « *Les maladies de l'énergie, thérapeutique générale, 1909* ». C'est là un ouvrage très curieux au point de vue théorique et au point de vue pratique, qui nous permet par ses exagérations mêmes de mieux comprendre la thérapeutique des névroses par le repos. Nous devons donc nous arrêter un peu sur les interprétations que cet auteur donne de ces maladies, puis sur le traitement qu'il propose de leur appliquer.

Cet auteur adopte sans hésiter pour tout un groupe de malades l'interprétation que quelques-uns d'entre eux nous proposent eux-mêmes de leur état. Ce sont des surmenés, des fatigués constitutionnellement : le symptôme clinique essentiel est la fatigabilité, disposition à subir promptement les effets nocifs subjectifs et objectifs de la fatigue. Tout sujet qui ne repose pas de sa fatigue après un temps normal et par les moyens ordinaires, nourriture et repos nocturne, est un fatigable (p. 89). L'épuisement

1. Boujour (de Lausanne), Emploi du sommeil prolongé dans un cas de somnambulisme hystéro-épileptique, *Revue de l'hypnotisme*, 1895, p. 347.

apparaît chez ces malades très vite après le début du travail et disparaît très lentement non par des heures, mais par des semaines de repos.

Ce symptôme fondamental n'est pas un simple fait psychologique, il est en rapport avec un grand nombre de troubles physiologiques : les réflexes sont exagérés au début et diminués ensuite, de même les excrétions azotées sont d'abord augmentées et ensuite réduites, il y a hypotension artérielle, appauvrissement du sang en globules rouges, spasmes vasculaires qui déterminent de l'hypothermie périphérique et des phénomènes de frilosité, etc. (pp. 132, 175). M. Deschamps croit pouvoir rattacher tous ces faits à une altération profonde dans les fonctions du système nerveux central. Il y a dans le système nerveux une fonction sthénogène dirigée par l'appareil vago-sympathique (p. 21). le bulbe et le cervelet sont des accumulateurs d'énergie (p. 36). L'asthénie de ces malades est un trouble variable de la fonction sthénogène, une organisation défectueuse du réservoir d'énergie dont l'expression clinique invariable est la perte des forces. la fatigabilité. Quand l'énergie est légèrement supérieure aux besoins il y a sthénie, quand elle est inférieure, il y a asthénie (p. 47). Dans ce cas l'énergie fournie par le système nerveux est trop faible pour pouvoir acquérir un degré de tension élevé, elle se dépense immédiatement sans pouvoir se mettre en réservoir et se tendre. Cette remarque permettrait de rattacher à cette faiblesse l'abaissement de la tension psychologique, l'hypotonie psychologique que je présentais moi-même en 1903 comme le caractère essentiel de ces malades.

Ces troubles fondamentaux donnent naissance à tous les autres symptômes : L'un des plus intéressants est *l'impossibilité de l'entraînement* ou l'aphorie (*a, phora*, entraînement) (p. 96). Ces sujets sont absolument incapables de subir un entraînement progressif comparable à l'entraînement auquel on peut soumettre les individus bien portants et les convalescents. C'est un individu qui paraît bien portant, mais qui est figé dans un certain état de forces et qui est incapable d'augmenter son capital d'énergie par l'exercice, comme on le fait d'ordinaire... S'il faut à un malade cinq ou dix ans pour marcher cinq minutes de plus peut-on appeler cela de l'entraînement ? (pp. 96, 101, 103). De là dérivent aussi l'amyosthénie ou diminution de l'acte moteur et l'amyotonie ou diminution du tonus musculaire automatique. Cette amyos-

thénie est un élément principal de la sensation de fatigue, car elle oblige le malade à faire à chaque pas une dépense épuisante d'énergie. L'hypotonie se manifeste dans une foule de symptômes, dans le défaut d'extension des doigts, dans la chute de l'omoplate, dans un certain degré de scoliose, dans la marche lente, hésitante et même titubante, dans la difficulté de la station debout un peu prolongée, dans l'impossibilité du soulèvement du corps sur la pointe des pieds, car l'asthénique est incapable de fournir l'énergie motrice à un aussi grand nombre de muscles à la fois (pp. 113, 114) dans la difficulté de la position accroupie, de la position à genoux, dans tous les troubles des mouvements coordonnés, etc... (p. 118). Il en est de même de tous les symptômes que l'on considère plus spécialement comme mentaux, les temps de réaction sont modifiés, raccourcis ou allongés, le sujet n'a pas assez de force pour faire rapidement la synthèse qui constitue l'attention (p. 93). Il ne peut sentir et faire plusieurs choses à la fois, il ne peut lire ou écrire plus de dix ou quinze lignes sans être obligé de s'arrêter, il ne peut travailler que couché et cela peut aller jusqu'à l'impotence cérébrale complète pendant des années (p. 126). C'est cette vitalité moindre unie à un individualisme aigu qui détermine chez tous les affaiblis un extraordinaire attachement à leur personnalité avec une terreur incessante de la mystérieuse camarade (p. 312). En un mot tous les symptômes quels qu'ils soient dépendent de l'asthénie primitive du système nerveux central manifestée par l'extrême fatigabilité. Cet épuisement dépend d'un trouble dans la production de la force nerveuse qui n'est pas produite en quantité suffisante, ni surtout au degré de tension suffisant.

Les conclusions thérapeutiques qui découlent de cette théorie peuvent se résumer en un mot, le repos, toujours le repos. « Dans le traitement des asthénies primitives le repos n'est pas tout, mais rien n'est sans le repos (p. 316). Rien ne vaut le repos, c'est l'art de ménager ses forces, c'est l'art de la vie. » L'homme levé et habillé ne peut mesurer ses mouvements et les circonstances l'obligent à faire plus qu'il ne voudrait, seul le lit l'oblige à se tenir coi (p. 322). D'où l'importance extrême du lit qui doit être bien fait et bien placé : un lit trop mou échauffe, un lit trop dur fatigue. Le malade doit coucher seul, une sollicitude inquiète énerve aussi bien qu'une indifférence égoïste ou un roulement sonore. Enfin le lit à deux est un encouragement à

l'acte sexuel qui est toujours très nuisible et qui est une des causes renouvelables d'épuisement (p. 191). Il faut éviter toute sensation de froid et le malade aura des chaussettes de laine aux pieds. La chambre sera loin de tous les bruits possibles, qu'ils viennent de la maison ou de l'extérieur, car l'asthénique a un besoin formel de silence (p. 192). L'immobilité du malade dans son lit doit être complète et il ne doit faire d'autres mouvements que ceux qu'il ne peut éviter. Aussi tout doit être fait pour lui : les serviteurs doivent écarter ou ramener les couvertures, doivent le faire manger, approcher les vases nécessaires. Il faut prendre les mêmes précautions pour le repos cérébral, car la lecture fatigue comme la marche. L'auteur décrit un malade qui « pendant trois ans ne lisait rien, ne disait que les mots indispensables à la vie et se condamnait à l'immobilité, il mérita ainsi de guérir. » (p. 329). Mais quand ce grand repos doit-il cesser ? « On n'en sait rien, le temps ne compte pas, c'est une invention des philosophes. »

Cependant quand des modifications physiques se produisent, quand le malade est excité, impatient, il peut se lever un peu et passer quelques heures non en plein air, non sur une chaise longue qui serait fatigante, mais sur un lit pliant. Il faut prendre des précautions sur la place de ce lit, on ne le mettra pas dans un kiosque ou dans l'angle de deux murs : « On m'appelle un jour, dit M. Deschamps, auprès d'une malade qui se sent faible... Que vois-je ! ma malade dans un angle !!! Elle respirait un air confiné !!! » (p. 347). Plus tard, bien plus tard, le malade pourra se permettre quelques minutes de marche : « Si l'on peut faire deux minutes de marche, on fera deux minutes de marche par jour et on n'augmentera pas tant que le capital ne sera pas meilleur. L'asthénique possède à un moment donné un certain capital de forces. Ce capital est stable pour l'instant et donne toujours la même somme de revenu de travail au delà de laquelle c'est la faillite, le surmenage (p. 325). Si le malade persistait à marcher davantage les accidents asthéniques reviendraient à l'état aigu : au delà de l'effort, c'est la maladie immédiatement, il n'a pas de fatigue agréable, il passe sans transition du travail à l'épuisement total. A mesure que les asthéniques s'améliorent, le temps de dépense possible augmente et le temps de repos diminue. « Mais il n'ira jamais bien loin, car on ne refait pas un système nerveux » (p. 325).

Il me semble qu'il est impossible de pousser plus loin l'interprétation de la maladie nerveuse par la fatigue et le traitement par le repos. Le livre de M. Deschamps me paraît le dernier terme auquel puisse aboutir quand on la pousse à l'extrême l'ancienne conception de Weir Mitchell.

2. — LE MÉPRIS DE LA FATIGUE.

En face de cette interprétation et de ce mode de traitement nous rencontrons sur le même sujet une doctrine toute différente que l'on peut mettre sous l'égide de Dubois (de Berne), parce que c'est lui qui l'a exprimé avec le plus de netteté et que les autres auteurs n'ont fait en général que répéter son enseignement.

En présence d'un de ces malades qui se déclarent épuisés et qui restent couchés depuis des années, Dubois a une toute autre attitude. Il ne veut pas du tout prendre au sérieux ce langage : il admet que le malade parle de fatigue, il veut bien à la rigueur qu'il ait en lui-même un certain sentiment de fatigue, mais il n'admet pas qu'il y ait au-dessous de ce langage et de ce sentiment une fatigue réelle ou du moins des troubles physiologiques correspondant à une fatigue réelle. « On ne doit pas parler de fatigue, dit-il, quand il n'y a pas eu de travail... analysez cette fatigue et vous verrez qu'il n'y a qu'un imperceptible noyau de fatigue vraie perdu dans une gangue énorme d'auto-suggestion de fatigue. » Il est facile de constater dans la conduite de ces malades une foule de contradictions qui démontrent le caractère illusoire de leur sentiment de fatigue : tel homme se déclare épuisé s'il fait cent pas sur la grand route et il tourne en rond dans son parc pendant des heures ; telle femme se dit incapable de faire une leçon d'une heure à des enfants et elle lit des romans toute la journée. « En somme, il s'agit là d'une conviction d'impuissance succédant à quelque petite sensation réelle grossie par un état d'âme pessimiste. Il ne faut pas plus tenir compte de cette fatigue qu'il ne faut tenir compte des bobos dont se plaignent les hypocondriaques. »

Beaucoup d'auteurs ont adopté une opinion analogue à celle de Dubois (de Berne). M. Waterman (de Boston) croit que ces malades en apparence épuisés ont abandonné le travail et la vie

normale dans un instant de fatigue réelle, mais que maintenant ils sont reposés depuis longtemps et qu'ils ont simplement peur de reprendre le travail. Ils imaginent qu'ils seront fatigués de nouveau, ils font attention au plus petit sentiment de fatigue et ils l'agrandissent par l'imagination au point de se croire immédiatement épuisés pour plusieurs jours¹.

Munsterberg raille les banalités que l'on répète à propos du surmenage contemporain, il soutient que nos ancêtres avaient encore plus de raisons que nous de s'épuiser et il conclut en montrant qu'il y a énormément d'exagération dans le langage des névropathes qui se déclarent surmenés et épuisés². Grasset, tout en reconnaissant qu'il est mauvais d'abuser du travail et même des sports, soutient que l'on abuse énormément du surmenage et qu'il y a chez tous les individus une tendance automatique à la paresse, une puissance d'abstraction et de distraction qui est un excellent moyen de défense contre le surmenage, et en définitive celui-ci n'existe guère même chez les personnes qui se prétendent épuisées.

Déjerine surtout adopte d'une manière complète l'enseignement de Dubois (de Berne). Sans doute il admet que quelques névropathes malades depuis très longtemps à force de s'inquiéter, de se surveiller, de se médicamenter, de restreindre leur régime finissent par être épuisés (pp. 170, 176), ce sont « des neurasthéniques arrivés ». Ces cas exceptionnels n'ont aucun rapport avec les malades de M. Deschamps qui sont des malades jeunes dont l'asthénie primitive ne dépend pas du tout d'une dénutrition ou d'une cachexie tardive mais d'un trouble fondamental du système nerveux. Déjerine constate comme tous les neurologistes que certains névropathes de ce genre se plaignent constamment d'une fatigue terrible, qu'ils sont fatigables en ce sens qu'après le moindre effort, ils se déclarent épuisés. Mais il refuse de transformer cette constatation clinique en une vérité physiologique : « Il s'agit là simplement d'un fait psychique, d'un phénomène d'auto-suggestion, d'un souvenir quelconque de fatigue qui est constamment évoqué³. » Sans doute le malade paraît ne pas pouvoir être entraîné, c'est l'aphorie de

1. Waterman, The treatment of fatigue states, *Psychotherapeutics, a symposium*, 1910, p. 96.

2. Munsterberg, *Psychotheraps*, 1909, p. 194.

3. Déjerine et Gaukler, *Les psychoneuroses*, 1911, p. 160.

M. Deschamps. Mais le fait s'explique de la même manière, par l'idée fixe que le malade conserve toujours : il s'est mis en tête qu'il ne peut marcher sans fatigue plus de dix minutes et il attend lui-même la fin de ces dix minutes avec anxiété. Dès qu'il est averti de mille façons qu'il a dépassé ce qu'il considère comme sa limite d'entraînement, il éprouve automatiquement comme un individu suggestionné les mêmes troubles et il semble être tout à fait épuisé. Quelques-uns soutiennent que l'épuisement vient tout d'un coup les surprendre quand ils n'y pensaient pas auparavant : c'est que par distraction ils avaient oublié un moment leur idée fixe de fatigue et que reprenant brusquement conscience de leur état à l'occasion d'un petit signe quelconque, ils font la somme de toute la fatigue qu'ils auraient dû éprouver (p. 168). L'argument est toujours le même : nous ne devons pas accepter comme vérité physiologique les obsessions du malade sur son propre état.

Si l'on examine maintenant les symptômes que présente le malade dans sa conduite, Déjerine remarque comme l'avait fait d'ailleurs Dubois (de Berne) que cette conduite ne prouve pas grand'chose parce qu'elle fourmille de contradictions. Ils se déclarent incapables de faire un acte et ils font mille fois un autre acte qui nous paraît tout aussi fatigant. Cette femme qui ne peut pas lever les bras en l'air quand on le lui demande, se coiffe seule chaque matin et travaille soigneusement ses cheveux pendant une heure (p. 169). Ces individus qui ne peuvent pas marcher cinq minutes se promènent pendant des heures quand ils sont en compagnie agréable qui les distrait. En somme cette prétendue asthénie est toujours variable et illogique (p. 170).

Il n'en est pas moins vrai qu'en examinant la conduite de ces malades on observe bien des désordres. Les uns font des mouvements exagérés qui ne seraient pas nécessaires pour l'action, ils marchent trop vite sans ménager leur souffle, ils font des mouvements violents et des efforts disproportionnés, ils ne se tiennent pas en place et remuent sans cesse d'un côté ou de l'autre (pp. 172, 179), les autres plus nombreux encore présentent de la raideur musculaire, analogue à des demi-contractions ; ils s'immobilisent, retiennent leur souffle et se tiennent raides comme des piquets. Ces mouvements exagérés, ces raideurs sont des occasions réelles de fatigue, elles leur donnent sans cesse le sentiment de l'effort et évoquent leur idée de la fatigue.

Si on observe souvent chez eux de la fatigue rapide de la vision, c'est qu'ils fixent avec trop de raideur : ils se fatiguent comme un sujet sain qui fixerait trop longtemps le même point ou qui se donnerait une conjonctivite à force de se frotter l'œil (p. 231). Il y a dans toutes leurs actions des désharmonies qui les troublent et les rendent difficiles, qui sont des causes ou des occasions de fatigue plus ou moins réelle.

D'où viennent maintenant de telles désharmonies dans les actions ? C'est un point sur lequel Déjerine insiste peu, mais d'après quelques passages on peut deviner sa pensée. Ces désharmonies sont le plus souvent la conséquence d'une attention excessive que les malades accordent à toutes leurs actions : ils s'observent constamment et ne se laissent jamais aller à l'action automatique et simple. La conviction de la difficulté inhibe leur effort et l'intervention des phénomènes psychiques enraye une action qui ne peut se faire dans de bonnes conditions que si elle est automatique (p. 173). Le malade inhibe ses fonctions intellectuelles par la surveillance (p. 281), il pense encore au mot précédent quand vient le suivant et il prétend ne pas pouvoir entendre ni suivre les idées (p. 282). Si nous voulons aller plus loin et demander la raison de cette attention excessive et inquiète, nous ne trouvons pas d'explication nette dans cet ouvrage sur les psycho-névroses mais nous pouvons prévoir la réponse de Déjerine par ses autres études. Il s'agit là pour lui uniquement de phénomènes d'inquiétude et d'émotion. Déjerine aime à répéter que le travail ne produit pas les troubles de la fatigue s'il n'est pas accompagné d'émotion et il me semble disposé à conclure que le trouble essentiel du névropathe ce n'est pas la fatigue excessive mais en réalité l'émotivité. C'est là d'ailleurs une idée fort répandue : M. R. C. Cabot¹ comme la plupart des auteurs américains disait aussi : « La perturbation n'est pas due au surmenage réel mais à l'excès d'émotion... Le trouble ne vient pas de ce qu'il fait trop de choses, mais de ce qu'il y a trop de frottement dans la machine : c'est l'homme qui a un clou dans son soulier, il marche avec crampe et fatigue, faut-il qu'il se repose ? Non, il faut surtout qu'il enlève le clou de son soulier. »

Tout naturellement ces auteurs qui nient le rôle de la fatigue dans la pathogénie des névroses n'acceptent pas non plus le trai-

1. R. C. Cabot, Usage et abus du repos, *Psychotherapy* de Parker, II, II, p. 29.

tement par le repos qui était la conséquence de ces théories. Ils insistent tous sur les dangers du repos : déjà en 1898 M. Morton Prince (de Boston) s'opposait aux exagérations de la méthode de Weir Mitchell : « L'accroissement de la graisse et du sang, disait-il, ne procure pas un état normal du système nerveux et ne suffit pas à faire disparaître le sentiment de fatigue ; il y a un grand nombre de névropathes qui ne guérissent pas par la méthode du « rest-cure ». On cultive au contraire ainsi leur névrose, on leur donne l'habitude morbide de s'occuper beaucoup trop de leur santé physique. S'ils paraissent guéris dans la vie artificielle de la maison de santé, ils retombent rapidement plus malades quand ils rentrent dans leur milieu¹. »

« Si nous fixons un bras cassé dans un appareil plâtré, dit M. R. C. Cabot, nous ankylosons les articulations, nous déterminons l'amaigrissement et l'atrophie non seulement des muscles mais même des os... c'est le repos et non la fracture qui tuent le membre... Pourquoi vouloir maintenant ankyloser et atrophier les articulations mentales par un repos exagéré... les nerveux prennent trop vite au sérieux ce remède du repos... il faut beaucoup de précautions pour ordonner le repos². » La plupart des auteurs, Lloyd Tuckey, Bramwell, Munsterberg³, Waterman⁴, insistent sur des idées du même genre. Le traitement par le repos est dangereux même chez des tuberculeux, à plus forte raison chez des névropathes. Ils citent des malades étendus sur le dos depuis des années et devenus obèses qui sont plus abouliques et plus phobiques que jamais. Munsterberg ajoute une intéressante remarque psychologique : c'est que ces malades supportent très difficilement les grands changements de leur conduite. Prescrire le repos complet à un homme qui travaillait, c'est lui imposer un changement de sa vie qu'il supportera le plus souvent très mal (p. 196). Dejerine, qui semble admettre le repos absolu puisqu'il condamne ses pauvres malades à l'immobilité dans leur lit entre quatre rideaux pendant des mois, n'accorde cependant à

1. Morton Prince, The educational treatment of neurasthenia and certain hysterical states, Massachusetts medical society, *Boston medical and surgical Journal* n. L. 6, 1898.

2. R. C. Cabot, Usage et abus du repos, *Psychotherapy* de Parker, II, II, p. 29.

3. Munsterberg, *Psychotherapy*, 1908, p. 492.

4. Waterman, Treatment of fatigue states, *Psychotherapeutics, a symposium*, 1910, p. 99.

cette pratique aucune importance théorique. Il ne considère ce repos comme utile que pour les quelques cachectiques dont nous avons parlé et seulement jusqu'à ce qu'ils aient récupéré leur poids normal. Puis comme les auteurs précédents il réclame la marche, l'exercice, l'éducation rationnelle de l'activité qui bannit les peurs et il récite les sermons de Dubois (de Berne) sur les avantages de la discipline Spartiate.

Nous nous trouvons donc en présence de deux théories tout à fait opposées, celle de la fatigue réelle et fondamentale de Weir Mitchell et celle de la fatigue illusoire et insignifiante de Dubois (de Berne). Comment choisir entre elles? M. Deschamps qui soupçonne la difficulté nous offre un procédé simple et aimable de conciliation. Il suffit d'admettre que ces malades ne sont pas tous semblables; il y aura des névropathes avec asthénie essentielle et primitive que l'on appellera des asthéniques et qui seront les malades de M. Deschamps et il y aura des névropathes obsédés par des idées fixes de fatigue qui sont arrêtés dans leurs actions par des phobies, que l'on appellera « des psychopathes intercalés ou inhibés » et qui seront les malades de M. Dubois (de Berne). De cette façon tout le monde aura raison et tout le monde sera content.

Malheureusement cette attitude pleine de politesse me paraît intenable. Comment se fait-il que tant d'asthéniques aient été chez M. Deschamps et que si peu d'asthéniques vrais aient été consulter Dubois ou Déjerine. Sans doute Dubois (p. 519) et Déjerine, comme nous venons de le voir, reconnaissent avoir vu des malades réellement épuisés, mais ce sont des malades cachectiques présentant des insuffisances de divers organes et des phénomènes de dénutrition, ce ne sont pas les asthéniques de M. Deschamps. Je suis convaincu que le même malade se présentant successivement chez les médecins de ces deux écoles aurait été diagnostiqué différemment.

La difficulté de cette conciliation consiste en effet dans le diagnostic : pour nous faire admettre ces deux catégories de malades, il faut nous indiquer avec précision leur diagnostic différentiel et je ne trouve pas que M. Deschamps y ait réussi. Pour faire ce diagnostic il fait appel lui aussi à cet argument de la conduite contradictoire que Dubois et Déjerine emploient d'ordinaire contre lui. Il cite (pp. 110, 111) un homme agora-

phobe qui dans la rue prétend être épuisé de fatigue après trois pas et qui fait des kilomètres dans un parc fermé. Cet homme là à cause de cette petite observation ne sera plus considéré comme un asthénique épuisé et il sera renvoyé aux sermons de Dubois. Quelle condamnation sommaire ! Rien ne nous prouve qu'avec un peu plus d'observation on n'aurait pas trouvé des contradictions semblables chez tous les autres asthéniques de M. Deschamps. C'est justement ce qu'ont prétendu faire Dubois et Déjerine et l'observation est facile à recommencer. Lydia, f. 40, se présente comme une asthénique typique de M. Deschamps et je l'ai toujours considérée comme telle : elle est déjà restée couchée dix ans et j'ai bien de la peine à la faire lever un peu. Dernièrement j'ai voulu étudier sur elle certains troubles intéressants du mouvement que signalait M. Deschamps. Je lui ai demandé de s'accroupir, de marcher un moment dans l'attitude accroupie, puis de se relever et de se tenir sur la pointe des pieds. J'ai immédiatement observé, comme l'avait justement remarqué M. Deschamps, qu'elle est tout à fait incapable d'exécuter aucun de ces actes : elle ne peut se tenir un moment sur la pointe des pieds sans vaciller et sans tomber. « C'est bizarre, a-t-elle remarqué elle-même en constatant cette impuissance, je cherche quelquefois pour rendre service à ma sœur des objets dans un rayon d'armoire un peu élevé et à ce moment je me tiens très bien et assez longtemps sur la pointe des pieds. » Elle présente donc aussi des contradictions dans sa conduite et je vais être obligé d'en faire une « intercalée » au lieu d'une asthénique.

En réalité pour pouvoir appliquer au diagnostic cette observation des contradictions de la conduite il faudrait prendre une précaution essentielle dont ces auteurs ne parlent pas. Il faudrait pouvoir établir que les deux actes comparés sont bien du même niveau, qu'ils présentent la même difficulté psychologique et qu'ils ne diffèrent entre eux que par l'idée de fatigue ajoutée par le sujet à l'un d'eux et non à l'autre. Or cela est fort difficile à établir et il ne me semble pas possible de le faire dans ces conduites qui ont été signalées comme contradictoires. Dubois parle d'une femme qui se dit incapable de faire une heure de leçon à des enfants et qui toute seule lit indéfiniment des romans et il voit là une contradiction. Je n'en puis voir aucune, car pour moi l'acte de faire une leçon à des enfants est

un acte complexe demandant une haute tension, tandis que l'acte de lire tout seul un petit roman est un acte très simple et très bas. Pour un psychasténique l'acte de marcher dans la rue n'est pas du tout le même que l'acte de se promener dans un parc fermé. L'acte de se tenir debout sur la pointe des pieds quand je le demande à Lydia est un acte d'obéissance au commandement du médecin, un de ces actes qui doivent servir à une vérification médicale et je sais depuis longtemps que Lydia est incapable de ces actions là qui demandent une trop haute tension et qui provoquent immédiatement chez elle une dérivation émotionnelle. Elle n'a jamais pu me tendre correctement le poignet, quand je désire compter son pouls ; quand elle essaye de le faire, elle secoue son bras de mille manières, ce qui rend le compte bien difficile. L'acte de se tenir sur la pointe des pieds, quand elle cherche un objet dans une armoire pour rendre service à sa sœur est tout à fait différent et il faudrait n'avoir aucune habitude de l'analyse des malades pour comparer ces deux actes. Il en résulte que les malades peuvent très bien être épuisés pour un de ces actes et ne pas l'être pour l'autre sans qu'il y ait aucune contradiction. Comment sur des remarques aussi superficielles va-t-on pouvoir fonder un diagnostic aussi grave ?

M. Deschamps est obligé de reconnaître lui-même que sous l'influence d'une forte émotion l'asthénique peut exécuter un acte tout à fait en dehors de ses habitudes. Si la maison brûle, il se sauvera en courant très fort et sans parler de fatigue. J'ai déjà rapporté des centaines d'exemples de ce genre et je viens d'en observer plusieurs autres dans la conduite de Lydia. Pour soulager sa sœur qu'elle adore elle peut montrer une énergie et une résistance héroïque. « Mais, dit M. Deschamps (p. 111), il n'y a pas là de contradiction : le malade utilise en un instant sa réserve d'énergie ; cet instant passé, cette réserve d'énergie dissipée, il retombe plus bas qu'il n'était auparavant ». Est-ce toujours vrai ? Déjerine ne le croit pas (p. 174) : moi non plus : j'ai souvent vu que de grandes secousses ont été le point de départ de notables améliorations : c'est une question que nous reverrons dans un chapitre suivant à propos des excitations. Faudrait-il supprimer du groupe des asthéniques tous les malades excitable comme précédemment tous les malades qui peuvent exécuter des actes faciles : j'ai bien peur qu'il ne reste plus du tout d'asthéniques.

En réalité des diagnostics tels que ceux que demande M. Deschamps ne sont jamais faits par personne : M. Deschamps considère presque tous ses malades comme des asthéniques. M. Dubois considère tous les siens comme des « intercalés ». Et au fond ces auteurs ont raison d'appeler du même nom tous leurs malades de ce genre parce qu'ils sont à peu près semblables et qu'il n'y a aucune raison pour les séparer en admettant chez les uns une faiblesse sérieuse et chez les autres une faiblesse imaginaire. Mais si ce diagnostic n'est pas possible, nous ne pouvons plus nous réfugier dans la conciliation proposée par M. Deschamps en distinguant deux catégories de malades comme deux groupes de théories et nous nous retrouvons en face de la contradiction qui nous embarrassait. Il faut admettre que cette contradiction est réelle et que les deux groupes d'écrivains ne peuvent avoir raison tous les deux, il doit y avoir chez les uns ou chez les autres, sinon chez tous deux, des erreurs qu'il faut discerner et nous sommes obligés de reprendre avec plus d'attention les arguments qui ont été proposés.

3. — LE ROLE DE L'ÉPUISEMENT.

Tout en reconnaissant ce qui est exact dans les critiques de M. Dubois (de Berne) et les caractères exagérés ou délirants des idées exprimées par les malades à propos de leur fatigue, il nous faut rechercher s'il n'y a pas en dessous de ce délire des troubles réels qu'il est jusqu'à un certain point juste de comparer à la fatigue et de traiter de la même manière.

Ces malades qui se plaignent d'une épouvantable fatigue, qui vont répétant qu'ils sont nés fatigués, qui cherchent pendant des années entières à s'immobiliser dans leur lit sont des obsédés et des phobiques et leur conduite est évidemment sous la dépendance de ces obsessions hypocondriaques de la fatigue. J'ai déjà cité à ce propos l'observation de Lydia, en voici une autre celle de Kx, encore plus caractéristique. Cette jeune fille de 26 ans, qui a eu à l'âge de 15 ans de longues périodes de scrupule avec crainte de commettre ou d'avoir commis des crimes horribles et besoin de se confesser perpétuellement, a présenté ensuite de la claustrophobie, de la phobie de l'eau et des bateaux, et surtout de la phobie des voitures au point qu'elle se jetait en dehors d'une

voiture en marche plutôt que de supporter « la vue du sol qui remuait au-dessous d'elle ». Elle a été traitée par la méthode de Weir Mitchel et a été laissée sept mois dans son lit. Le résultat a été fort intéressant : le traitement a semblé diminuer les anciennes phobies en supprimant les occasions de leurs manifestations ; mais il a fait naître une obsession et une phobie infiniment plus grave, l'obsession et la phobie de la marche et de la fatigue. La malade accepte de se lever et de faire quelques pas très doucement dans la chambre, puis de se mettre dans un fauteuil ; mais elle refuse de sortir, de marcher dans la rue, de faire un exercice quelconque, parce qu'elle est certaine de ressentir immédiatement des troubles épouvantables déterminés par la fatigue. En effet si on la force à faire quelques pas au dehors, elle commence rapidement à présenter une foule de tics dans les muscles de la face, elle s'agite, se tord les bras, se met à pleurer et surtout à lancer des cris très aigus. « C'est, dit-elle, parce que tout devient étrange et sinistre, parce qu'elle éprouve des vides dans la tête et d'horribles sentiments d'anéantissement de tout son être. Elle a peur de perdre la mémoire de tout, d'oublier même son nom, de perdre complètement sa personnalité et surtout de perdre toute sensibilité. » Elle se pince et se pique les bras jusqu'au sang pour vérifier si elle sent quelque chose : « Je me cherche, il me semble que je meurs, que je disparaîs complètement, tout est si lointain et si irréel. » Pour arrêter cette crise il faut qu'elle s'assye ou se couche par terre n'importe où et qu'on la rapporte sur un brancard : par le repos et l'immobilité complète pendant plusieurs heures dans le silence les troubles vont s'atténuer peu à peu. Cette crise se produit après toute action, quelle qu'elle soit, qui dépense des forces, après quelques minutes de lecture ou de conversation, surtout avec plusieurs personnes, aussi bien qu'après la marche et c'est pourquoi Kx. refuse avec entêtement de se lever, de dîner avec d'autres personnes, de faire quoi que ce soit. Et les choses durent ainsi depuis cinq ans chez une jeune fille qui dort bien, qui mange beaucoup, plutôt trop, qui digère bien et qui semble grosse et forte. En présence de cas de ce genre on ne peut s'empêcher de penser que l'obsession de la fatigue devenue presque délirante joue un rôle considérable.

Dans certains cas d'ailleurs le caractère délirant de l'idée de fatigue devient encore plus évident. Ry. h. 37. en apparence

bien portant, reste couché depuis sept ans et se laisse tomber dans la plus effroyable misère sans vouloir même essayer de bouger « parce que il y a huit ans il s'est fatigué dans l'administration d'un hôtel et qu'il faut des années et des années pour se remettre de cette fatigue ». Aq., f. 57, étend sa fatigue aux objets inanimés qui l'entourent : elle a des crises d'obsession terribles à propos « de l'eau qui coule, de la mer qui roule, de la pendule qui bat sans s'arrêter, de deux pauvres fusils qui sont depuis des années suspendus au mur de travers, de ce malheureux département de Seine-et-Oise qui enserre et qui contient le département de la Seine sans pouvoir jamais s'en débarrasser. Ah ! pourquoi tout dans l'univers ne peut-il pas s'arrêter et se reposer un peu ? »

Quand un obsédé nous parle en frémissant de ses remords à propos de crimes contre nature, allons-nous le considérer comme un criminel odieux et le conduire en prison ? Il est certain que ces théories qui considèrent la fatigue comme l'élément essentiel des névroses se fondent beaucoup trop sur le langage de malades obsédés par l'idée de fatigue et dont le médecin a fini par partager les illusions. On ne doit pas prendre ainsi au tragique les déclamations de ces malades.

Ces réflexions semblent justes, mais il ne faut pas en exagérer la portée : une obsession de fatigue ne prouve pas la réalité de la fatigue, j'en conviens ; mais elle ne prouve pas non plus son absence. Il y a des malades obsédés par l'idée de la syphilis qui n'ont pas du tout cette maladie ; mais il y a aussi des malades obsédés par l'idée de la syphilis qui ont réellement la syphilis : un trouble réel peut devenir le point de départ d'une obsession. Aussi cet argument ne tranche-t-il pas du tout la question, il nous impose seulement certaines précautions. Pour étudier la fatigue chez les névropathes nous devons éviter de choisir les malades qui ont des obsessions à ce sujet. Nous devons prendre les malades qui ont d'autres obsessions, d'autres phobies ou d'autres symptômes, quels qu'ils soient et nous devons rechercher s'il y a réellement chez eux à leur insu ou du moins sans qu'ils s'en préoccupent particulièrement des troubles réels de leur activité indépendants des idées qu'ils s'en font et ensuite si ces troubles peuvent être rapprochés de ceux qui se rattachent à la fatigue.

Depuis longtemps j'ai essayé de démontrer que dans l'examen clinique des névropathes et des aliénés il ne fallait pas se borner à la constatation du délire, des obsessions, des phobies, des algies apparentes telles que les expriment les malades, mais qu'il fallait savoir discerner au-dessous des troubles fondamentaux dans l'exécution des actions. Tantôt le malade se rend vaguement compte de ces troubles dans ses sentiments d'incomplétude, tantôt il les ignore plus ou moins complètement, comme il arrive pour les véritables stigmates psychasthéniques. Souvent ces troubles sont si importants qu'ils apparaissent même au dehors dans la simple exécution des mouvements.

M. Arnaud a insisté également sur des observations du même genre en montrant les troubles du mouvement que l'on observe chez les abouliques dont la démarche et les gestes sont raides, bizarres, saccadés, etc. Je vois avec plaisir que les neurologistes qui sont en apparence opposés à la conception de la fatigue, de l'épuisement des névropathes comme Dubois ou Déjerine arrivent également aujourd'hui à constater d'une manière très incomplète il est vrai ces troubles de l'action que nous signalions autrefois chez les névropathes ; ils ne signalent guère jusqu'à présent que les raideurs et les contorsions qu'ils appellent des dysharmonies, mais ce n'est qu'un début et peu à peu tous les troubles de l'action du névropathe seront communément admis.

Considérons un nouvel exemple de ces faits dans lequel se présentent ces troubles de l'action bien apparents. Émile, jeune garçon de 16 ans, est un grand psychasthénique typique avec obsessions de la honte du corps, éreutophobie, crainte d'être vu, crainte que l'on ne devine ses pensées, etc. Il n'a aucune idée relative à la fatigue ou à l'épuisement, il n'en parle pas et il a bien de la peine à comprendre qu'il est un malade. Quand il se croit seul dans sa chambre et qu'on l'observe tout à fait à son insu, il a des mouvements calmes et souples. Mais s'il doit parler à quelqu'un, s'il doit sortir dans la rue, il devient entièrement raide, comme à demi-contracturé, il serre violemment les bras le long du corps, il tient la tête raidie en avant, le cou tendu, les yeux convulsivement fermés ou fichés au ciel. De temps en temps il se secoue convulsivement, il frappe les pieds par terre, ou il les traîne, ou il talonne ; il respire d'une manière haletante et au bout de quelques minutes il est étonnamment couvert de sueur. Voilà bien un type d'énormes dysharmonies du mouvement et

cependant il ne veut jamais convenir qu'il sent la moindre fatigue. Cela prouve au moins que de telles dysharmonies ne sont pas toujours en rapport avec l'idée fixe de la fatigue.

Quand il signale des dysharmonies de ce genre Déjerine semble disposé à les expliquer par une sorte de volonté du malade qui prête à son action une attention excessive, qui surveille tous ses actes et qui les transforme par cette surveillance. Sans doute il y a quelque chose de vrai dans cette explication quand il s'agit de certains malades qui ont l'idée fixe de la surveillance comme d'autres ont l'idée fixe de la fatigue, mais cette explication est loin de suffire dans tous les cas. Émile n'a que depuis peu ses obsessions de la honte du corps qui pourraient déterminer de la surveillance volontaire. Or on a commencé à constater ses raideurs, il y a plusieurs années, par l'usure particulière de ses souliers à un moment où il ne s'en apercevait pas lui-même. Il n'avait à ce moment aucune obsession, il s'étonnait lui-même de devenir raide, de se mal tenir, de suer abondamment quand il marchait. C'est, dit-il, la constatation de ces attitudes grotesques qu'on lui a fait remarquer qui lui a donné ses obsessions et ses désirs de se cacher. Nous retrouvons d'ailleurs les mêmes raideurs et les mêmes sueurs chez des individus qui n'ont aucune obsession sur leur attitude et qui ne surveillent pas du tout leur corps. Au début de sa maladie, X... devient entièrement raide et suant, il a même des érections, quand il est assis à sa table de travail et quand il veut étudier un théorème mathématique. S'il pense à quelque chose à ce moment c'est uniquement à l'examen qui approche et à la difficulté d'une carrière. On peut faire encore une autre remarque à ce propos, c'est que l'attention portée sur notre corps et sur notre attitude ne détermine pas par elle-même et nécessairement des raideurs et des attitudes grotesques. Un acteur, un conférencier qui veulent faire un certain effet sur le public surveillent leur attitude et la modifient volontairement infiniment plus que ne le fait Émile et cependant ils ne font aucune de ces contorsions. Bien mieux Émile lui-même, quand j'ai pu améliorer un peu son état et relever sa tension psychologique, devient capable lui aussi de surveiller son attitude. J'ai amené ce pauvre garçon à passer des examens et lui ai bien recommandé de se surveiller constamment de manière à ne pas recommencer des attitudes qui auraient été ridicules. Il parvint à force d'efforts et de surveillance à se tenir très correcte-

ment. Ce n'est donc pas uniquement la surveillance de lui-même qui le raidissait d'une manière grotesque. Il faut au moins ajouter que c'était une surveillance mauvaise, maladroite qui produisait cet effet et alors je répondrai que c'est ce caractère maladif de la surveillance qu'il faut expliquer et ne pas se contenter de nous parler d'une surveillance volontaire.

C'est qu'en effet ces troubles apparents du mouvement dépendent étroitement de troubles plus profonds dans le développement, l'activation des tendances. Je ne puis revenir ici sur toutes les formes d'agitation mentale, sur les répétitions indéfinies, les intoxications par un mot, par une phrase, par une interrogation, sur les manies de recherche et de perfection, sur la peur de l'acte qui joue un rôle si important. Je rappelle seulement toutes les insuffisances qui accompagnent ces agitations : les malades ne peuvent arriver à aucune action complète ni agréable, ils ne peuvent même pas dans les cas avancés se représenter un événement heureux sans que celui-ci se déforme aussitôt et prenne la forme la plus lugubre. Ils ne peuvent arriver à aucune décision, à aucune conviction, à aucune croyance ; ils ne peuvent rien conclure ni rien comprendre avec netteté. Ces troubles sont nets dans les cas graves, ils sont atténués dans les cas plus faibles et ne se manifestent alors nettement qu'à propos des tendances les plus élevées et des actes les plus difficiles, mais ils existent toujours au-dessous des obsessions, des phobies et même des délires.

C'est pourquoi je ne puis guère modifier l'interprétation que je donnais autrefois de tous ces faits. Ces raideurs et ces troubles du mouvement ne me semblent pas des phénomènes primitifs en quelque sorte volontaires, ce sont des phénomènes secondaires, expression d'un trouble plus profond. Ces contorsions n'existent pas quand Émile se croit seul et qu'il ne doit mettre en jeu que les tendances à l'action personnelle : elles apparaissent quand il doit exécuter des actions sociales bien plus difficiles, dont il est graduellement devenu incapable. Il ne suffit pas de constater qu'il se raidit, il faut encore observer que ce garçon très intelligent n'arrive plus malgré ses efforts à exécuter la plus simple de ces actions, qu'il ne peut plus se faire comprendre, ni demander quelque chose, ni répondre à une question, qu'il ne peut plus se rendre à un endroit au travers des rues. Il n'y a pas seulement des agitations, c'est-à-dire des fonctionnements exagérés et

inutiles de tendances inférieures, mais aussi des insuffisances, des abaissements de l'activité des tendances supérieures. On peut résumer ces faits par la théorie de la dépression ou de l'abaissement de la tension psychologique : les tendances supérieures ne peuvent plus parvenir à un haut degré de réalisation et les tendances inférieures sont agitées par une sorte de dérivation. Ces études tendent à considérer les phénomènes que Déjerine appelle des dysharmonies comme une conséquence de la dépression fondamentale des névropathes sur laquelle on tend à s'accorder de plus en plus.

Les dépressions que présentent les malades doivent être très nombreuses et très variées : la dépression du mélancolique, par exemple, ressemble fort à celle du psychasténique par l'impuissance à agir et à croire, mais elle en diffère par la douleur morale qui est encore aujourd'hui très mal analysée. Il est probable qu'il s'agit d'une dépression plus profonde qui ne supprime pas seulement la réflexion mais qui atteint un degré d'activation inférieur, le désir. Nous avons de la peine à comprendre ces diverses dépressions et nous éprouvons le besoin de les comparer à des phénomènes psychologiques plus communs que nous avons éprouvés nous-mêmes. Or dans l'état de santé il y a, comme je l'ai montré, un certain nombre de faits psychologiques que nous croyons connaître qui sont analogues à ces oscillations du niveau mental et que l'on peut aussi rapprocher des dépressions. Ce sont en particulier le sommeil, l'émotion et la fatigue. Il en résulte que l'on éprouve la tentation de rapprocher la dépression du malade de l'un ou de l'autre de ces phénomènes normaux afin de la rendre plus intelligible. Il y a eu des auteurs qui ont soutenu que l'hystérie était un sommeil, d'autres ont dit que l'hystérie était un état d'émotion et d'autres enfin ont voulu en faire une fatigue. Le plus curieux c'est que ces auteurs également convaincus se combattent l'un l'autre avec acharnement. Ils ont tous à la fois raison et tort : la dépression hystérique ressemble évidemment au sommeil, à l'émotion et à la fatigue, puisque ces phénomènes sont aussi des dépressions. Mais la dépression des hystériques n'est exactement ni l'un ni l'autre de ces phénomènes, puisqu'elle est une transformation pathologique de la tension psychologique qui diffère au fond de toutes les dépressions considérées comme normales. Ces rapprochements

ne sont pas cependant sans intérêt, si on en sait la valeur toute relative et si on ne les donne que comme des comparaisons et il est juste de se demander laquelle est la plus intéressante et la plus utile.

Si nous revenons maintenant à l'étude des dysharmonies précédentes et de la dépression qu'elles manifestent chez les névropathes, nous voyons que plusieurs auteurs et en particulier Dubois et Déjerine préfèrent les rapprocher des émotions et soutiennent qu'elles n'ont pas de rapport avec les fatigues. « Le surmenage, dit Déjerine, s'accompagne d'un état émotif et c'est cet état émotif associé qui est en cause dans la maladie (350, 356)... Le surmenage à lui tout seul sans l'émotion ne produirait pas la neurasthénie » (p. 349). Pour discuter cette affirmation il faudrait savoir exactement ce que l'auteur appelle « émotion » et ce qu'il appelle « fatigue » et la différence qu'il admet entre les deux. Je ne trouve rien de bien net à ce propos dans son ouvrage : il semble adopter la définition de l'émotion que je proposais moi-même à la Société de neurologie et il ne parle pas de la définition de la fatigue. Or dans cette discussion sur l'émotion j'avais essayé de montrer qu'au point de vue des symptômes il n'y a guère de différence perceptible entre l'émotion et la fatigue. Ces deux phénomènes sont des états psychologiques de dépression dans lesquels il y a des insuffisances et des agitations. Tout au plus pourrait-on dire que dans le langage courant on parle plutôt de fatigue quand on remarque davantage le premier caractère, les insuffisances et plutôt d'émotion quand le second caractère, les agitations par dérivation, est plus manifeste. On étonne un peu les auditeurs quand on leur démontre qu'il y a dans la fatigue des agitations musculaires, mentales ou viscérales ; on les étonne de même quand on montre qu'il n'y a pas d'émotions sans impuissances. La différence entre les deux états au point de vue des symptômes est donc très légère, si même elle existe. Il en résulte qu'il est très difficile de parler d'une fatigue pure sans émotion et d'une émotion sans fatigue ; de telles descriptions sont toujours plus ou moins conventionnelles. Les symptômes des deux états se mêlent et se conditionnent l'un l'autre. Un individu est tombé malade à la fin d'un concours, « c'est parce qu'il s'est émotionné, dit Déjerine, qu'il s'est fatigué ». Ne pourrait-on pas dire que c'est parce qu'il commençait à se fatiguer qu'il s'est émotionné ; souvent ce second langage

paraîtra au moins aussi juste que le premier. En réalité il a présenté graduellement des symptômes de l'un et de l'autre état et c'est assez artificiellement que l'on mettra l'un ou l'autre au premier plan.

Heureusement il y a un second point de vue auquel le bon sens se place d'ordinaire pour distinguer l'émotion de la fatigue. Ce sont des états de dépression plus ou moins profonde, assez analogues par leurs symptômes qui paraissent survenir dans des conditions différentes. L'émotion est un trouble qui paraît survenir au moment de la perception d'une situation, qui paraît se développer avant l'action, qui paraît même inhiber l'action ; la fatigue est un trouble qui nous semble se développer plus tard après l'action et même après l'action intense et répétée. On se figure qu'il y a là une assez forte différence, en réalité elle est assez minime, mais elle suffit dans la pratique du langage. En nous plaçant maintenant à ce point de vue, peut-on dire que la dépression des névroses se rapproche davantage de l'émotion que de la fatigue ?

Sans aucun doute des troubles pathologiques à forme de dépression ont très souvent une origine analogue à celle des émotions : ils commencent à propos d'une perception qui a été suivie d'actions très insullisantes et mal adaptées. Le trouble semble avoir existé dès le début et avoir empêché l'action de s'accomplir correctement, ce qui pour le langage populaire est le propre de l'émotion. La comparaison de la dépression avec une émotion exagérée est donc dans bien des cas tout à fait naturelle et légitime.

Cependant la comparaison avec la fatigue s'impose à mon avis encore plus. Dans un premier groupe de faits on peut constater que des maladies nerveuses avec dépression se produisent dans des conditions identiques à celles qui déterminent des fatigues, c'est-à-dire après l'exécution de l'action quand le travail a été trop prolongé, trop intense ou trop hâté. Le fait a été constaté tout d'abord à propos de la fatigue physique : M. Tissé (de Bordeaux) a publié de curieuses études qui semblent de véritables expériences de laboratoire sur les troubles mentaux déterminés chez des coureurs de bicyclette par la grande course de six jours : « La volonté est abolie, dit l'auteur et les malades tendent vers les obsessions et les phobies...

à la fin de la course de six jours ils ont un véritable délire de persécution¹. »

J'ai recueilli un grand nombre de cas de ce genre où de véritables maladies dépressives débutent après des actions énergiques ou trop prolongées exactement comme des fatigues. Des individus jeunes amenés de la campagne à la ville pour être domestiques ou pour travailler dans une usine ont à faire une adaptation pénible à un genre de vie tout nouveau et ont à fournir quelquefois un travail excessif. C'est là le véritable point de départ de la névrose dans une douzaine de cas. Pour ne prendre qu'un exemple singulier, Gm., f. 18, qui jusque-là restait à la campagne doit faire tous les matins et tous les soirs un assez long trajet de chemin de fer pour fournir toute la journée un travail pénible dans une maison de commerce. Après huit mois cette jeune fille jusque-là normale commence à présenter des tics, des manies, des doutes : elle prend l'habitude de mentir constamment et ce qui est plus curieux elle s'écrit des lettres à elle-même et se fait envoyer à elle-même des bouquets de fleurs : cette disposition au mensonge et surtout au mensonge à soi-même est tout à fait caractéristique de la dépression à forme de paresse mentale.

Des voyages longs et pénibles sont la cause de la dépression dans dix cas : c'est après avoir fait 150 kilomètres à bicyclette que Ax., f. 42, devient inquiète et commence son obsession bizarre à propos de taches qu'elle a sur la peau des cuisses et qu'une domestique a pu entrevoir. C'est après avoir passé deux nuits sans dormir en chemin de fer que Aq., f. 60, est frappée par la respiration d'un petit chien auprès d'elle et commence sa phobie de la respiration des gens. Le surmenage terrible imposé par la guerre, indépendamment même des émotions qu'elle a amenées a été la cause évidente de bien des névroses et des psychoses : j'en constate une dizaine de cas précisément parmi des soldats ou des médecins qui sont restés à l'arrière, qui n'ont pas eu les émotions du front et qui ont simplement succombé à la fatigue.

Le travail mental excessif détermine les mêmes troubles : une étude ancienne de Galton sur le surmenage scolaire², des recher-

1. Lissé, *Revue scientifique*, 1906, II, p. 611.

2. Galton, *Revue scientifique*, 1887, I, p. 1000.

ches de Lagrange sur les effets de la concentration prolongée de l'attention, un grand nombre de travaux allemands inspirés surtout par Krepelin, les observations de Tissot, de Mosso, de Féré, de Binet, de Henry, mettent en évidence des faits de ce genre. « La fatigue, dit Féré¹, provoque souvent des idées de négation et de persécution, les sentiments altruistes cèdent la place à l'égoïsme qui se manifeste sous les formes les plus variées, le sujet est incapable de réagir contre les obsessions et les impulsions qui peuvent devenir irrésistibles. » Les troubles déterminés par le travail mental excessif sont si nombreux qu'il suffit de rappeler quelques exemples. Zov., h. 45, a pris la direction d'une grande maison de commerce après la mort de son père sans y être bien préparé; le sentiment de la responsabilité le conduisit à donner un travail exagéré. Après quelques mois d'efforts qui d'ailleurs ont heureusement réussi, il devient hésitant, il perd toute rapidité de décision, il ne peut plus donner des ordres : « ce qui autrefois était un jeu d'enfants devient pour moi un travail de géant », enfin il tombe dans les obsessions de scrupule et de ruine. Des études trop intenses et trop prolongées ont joué un rôle dans la maladie de Dh, cette jeune fille de 22 ans atteinte d'une maladie de cœur a voulu compenser son inertie physique par une grande activité intellectuelle : elle travaillait nuit et jour, « lisait même en marchant, même en préparant le thé... j'étais horriblement fatiguée, mais je ne m'écoutais pas, je voulais mater mes nerfs par la volonté. » Elle est arrivée à perdre l'appétit, le sommeil, à devenir déprimée et obsédée. C'est surtout dans la préparation aux examens que nous voyons de ces surmenages suivis de dépressions typiques. La préparation d'un concours de peinture pour Myco., f. 20, celle d'un concours de musique au conservatoire auquel elle est cependant reçue pour Qv., f. 23, la préparation au concours des grandes écoles scientifiques chez huit jeunes gens ont été le point de départ de crises de dépression plus ou moins graves qui se présentaient vers la fin de l'année scolaire au moment des concours ou quelque temps après. Une étudiante étrangère de 24 ans s'efforce pendant 18 mois de suivre des cours à Paris, dans une langue qu'elle comprend mal, elle veut à tout prix aborder une carrière intellectuelle, mais elle succombe et tombe dans le doute et les phobies religieuses. Ce sont

1. Féré, *Médecine moderne*, novembre 1898.

là quelques exemples car des cas de ce genre sont innombrables. Il ne suffit pas de me répondre que ces individus étaient des prédisposés, ce qui est probablement exact au moins pour quelques-uns. D'innombrables prédisposés gardent dans la vie un équilibre suffisant et ceux-là ont évidemment succombé à ce moment à cause de leur surmenage.

Dans un second groupe il me paraît bon de placer des cas plus intéressants encore : il s'agit d'individus qui sont déjà par leur constitution et par leurs nombreux accidents antérieurs de véritables névropathes, mais qui sont arrivés à récupérer un état de santé relatif, un degré de tension psychologique sinon élevé, au moins suffisant pour les besoins de la vie pratique et qui ne souffrent actuellement d'aucun accident déterminé. Ces individus retombent cependant gravement malades dans des circonstances analogues à celles qui déterminent seulement la fatigue chez les autres hommes. On les a appelé souvent des fatiguables parce que les troubles de la fatigue surviennent chez eux très rapidement après un déploiement d'activité qui n'aurait eu aucune importance pour un individu normal, parce que chez eux ces troubles deviennent immédiatement graves et déterminent une forte dépression. Toutes les actions un peu difficiles, un peu prolongées, quoique elles semblent accomplies correctement, c'est-à-dire sans avoir été arrêtées ou troublées par les dérivations de l'émotion, amènent des rechutes, une réapparition ou une aggravation considérable des symptômes pathologiques.

Voici quelques exemples caractéristiques de ce fait très important : Pj., h. 30, qui a présenté à la suite de l'explosion d'un obus près de lui une hémiplégie hystérique typique avec amnésie continue et amnésie rétrograde de près d'un an, est après deux ans complètement rétabli ; s'il marche trop longtemps ou s'il fait un travail trop pénible il retombe hémiplegique et amnésique pendant 24 ou 48 heures. Les scrupules et les remords, qui semblaient disparus, réapparaissent fortement chez Fp., f. 29, toutes les fois qu'elle accepte de faire au dehors de chez elle une journée de travail pénible. Il m'a fallu une assez longue observation pour bien comprendre quelle était la cause des rechutes de Vkp., f. 27, qui en apparence bien guérie retombait tout d'un coup dans l'agoraphobie, dans les obsessions d'indignité et recommençait des crises d'enterite : la malade ne s'en rendait pas compte et ne pouvait s'expliquer ses nouveaux accidents. Il y a

toujours au début une visite de sa mère qui ne peut s'empêcher de la critiquer et de lui reprocher des négligences dans son ménage. Vkp. reconnaît rapidement que sa mère a raison et fait des efforts énormes pour tout remettre en ordre, elle veut tout faire par elle-même pour n'avoir rien à se reprocher, elle s'affole et s'épuise jusqu'à ce qu'elle retombe malade de nouveau et qu'elle revienne « pour se faire dire de rester tranquille. »

Ws., f. 31, dès qu'elle a fait une promenade un peu longue, dès qu'elle a essayé de ranger son appartement, ou qu'elle a fait une visite prolongée se plaint de ce qu'elle appelle ses « lapses ». Elle désigne ainsi des sortes d'éclipses de la conscience dont j'ai autrefois signalé la fréquence chez les psychasténiques. Elle n'entend plus du tout ce qu'on lui dit et il lui semble qu'elle n'existe plus. Si elle prétend à ce moment continuer les efforts d'attention, continuer à lire, à parler ou à écouter, elle sent de la chaleur et de la douleur à la tête, elle se sent envahie par le besoin de dormir et ne peut s'empêcher de pleurer. Elle est épuisée et en même temps agitée, elle fait des efforts démesurés à propos de tout. « comme si elle cherchait constamment à ranger tout ce qu'on lui dit dans les tiroirs de son esprit » elle a un sentiment de hâte comme si elle voulait tout finir vite et ne peut s'arrêter. Si tous ces troubles ne se calment pas, cette fatigue sera le point de départ d'une rechute sérieuse.

Éo., f. 31, retombe dans son état de dépression grave avec aboulie, gémissements continuels et surtout phobie du sommeil et de l'insomnie, après un an et demi de santé complète parce que, étant au début d'une grossesse, elle a du soigner jour et nuit pendant six semaines son mari atteint de broncho-pneumonie grave. Déjà à la fin de ces six semaines elle commençait à manifester de l'agitation, elle ne pouvait plus s'arrêter dans son travail « parce qu'elle sentait en elle une surabondance, une débauche de vie qui allait l'éxténuer », et en effet après deux ou trois semaines, elle retombe complètement dans sa dépression. Ce cas intéressant soulève le problème de la dépression périodique que l'on a appelée « maniaque-dépressive. » Ceux qui désirent remplacer l'observation clinique par des systèmes préconçus soutiendront que cette malade retombe fatalement en vertu d'une loi périodique et que sa fatigue ne joue aucun rôle. J'ai déjà eu l'occasion, dans une discussion à la Société neurologique de Paris, de discuter cette interprétation à propos du

cas de Vkm., h. 60, professeur de l'enseignement secondaire qui retombe nettement tous les ans à la fin du second trimestre, quand le travail a été le plus pénible et qui ne retombe plus à cette époque quand il est dans une autre situation. On peut répéter la même discussion à propos de Eo. : dans tout le cours de sa maladie le rôle des circonstances extérieures qui demandent des efforts et qui déterminent de l'épuisement est manifeste. Quand elle va mieux dans une maison de santé où elle n'a rien à faire, on peut constater des rechutes presque expérimentales quand on la laisse rentrer chez elle et faire quelques efforts dans son ménage. Quelques bonnes journées sont le plus souvent suivies par une très mauvaise période parce qu'elle s'est crue guérie et qu'elle a de nouveau essayé de faire une dépense de forces supérieure à ses ressources.

Il en est de même pour Lydia que je suis arrivé à faire sortir de son lit et à réduquer : il faut procéder avec beaucoup de prudence, car après des efforts qui nous semblent minimes, elle s'effondre de nouveau et les sentiments d'incomplétude nous avertissent que nous arrivons à la limite : « Je sens la vie qui s'en va, il me semble que je vais mourir, je ne suis plus moi-même, je ne suis plus finie, plus achevée, plus naturelle » et l'on observe de nouveau les inattentions, les troubles de perception, précurseurs des grandes obsessions de laideur et d'indignité. Au milieu d'un spectacle, d'une conversation où elle comprenait bien, elle « se vide », elle a des tristesses épouvantables, elle commence à répéter les mêmes phrases, à tourner en cercle, à ne plus rien comprendre. La famille reconnaît maintenant que l'on observait déjà sur elle les mêmes symptômes dans sa jeunesse ; quand elle avait fait une promenade un peu longue, elle se plaignait d'un énorme sommeil et elle ne pouvait plus dormir, précisément parce que le sommeil est un acte demandant une certaine tension au-dessous de laquelle elle était tombée. On peut noter en l'étudiant le degré de difficulté d'un acte et le prix qu'il coûte. D'ordinaire elle peut recevoir sa mère et son frère et causer avec eux pendant quelque temps sans inconvénients ; après la rupture des fiançailles de son frère dont elle est très mécontente, elle ne peut plus les entendre parler, ni leur répondre sans devenir de nouveau malade, sans sentir de nouveau « la dignité humaine qui est mutilée, dégradée en elle » et sans présenter de nouveau des troubles de raisonnement. C'est que la conversation est

devenue beaucoup plus difficile, elle ne peut plus parler au hasard, il faut qu'elle se surveille pour ne pas faire allusion à la fiancée qu'elle aime et qu'elle plaint, il faut qu'elle simule un intérêt pour des conversations qui lui semblent insignifiantes. L'acte qui était simple est devenu difficile et coûteux, il ne peut plus être fait par elle.

On peut observer les mêmes faits chez bien des malades, chez Wkq., h. 19, qui dans une conversation commence à fixer les gens avec une attention excessive et qui en même temps cesse de comprendre, chez Zob., f. 60, qui après avoir reçu plusieurs visites a des troubles de la digestion et des doutes obsédants et chez bien d'autres qui se montrent corrects au début de la conversation et qui commencent à se troubler et même à délirer si on prolonge l'entretien une demi-heure. Si on remplace la conversation par une étude le fait est encore plus évident : Nen., h. 18, semble intelligent dans la première page de son travail, il n'écrit plus que des choses absurdes dans la seconde ; d'ailleurs on voit qu'en travaillant cette seconde page, il est devenu pâle, il a des larmes dans les yeux, il répond à ce moment d'une manière saccadée sans comprendre ce qu'on lui dit. Lky., h. 32, comme bien d'autres, a des angoisses et il est envahi par des scrupules après une demi-heure de lecture. Mba., h. 36, n'a plus la même expression l'après-midi, il a un ton sec et cassant, il se retient pour ne pas pleurer, il a peur de tout « et surtout peur de la vie » ; c'est qu'il a été à son bureau le matin et qu'il a voulu travailler deux heures.

Les gémissements de M^{me} Z. sur sa fatigue sont bien frappants : « Je ne suis donc plus bonne à rien, je ne puis donc plus rien faire... Des amies sont venues me voir, mon fils m'a causé quelques instants, j'ai lu jusqu'au bout un petit article qui m'a intéressée ou tout simplement j'ai voulu m'habiller seule. Cela suffit, je suis perdue, je sombre tout d'un coup, je me vide comme un ballon dégonflé, je m'aplatis comme une omelette soufflée et aucun effort n'y peut rien. Le froid me tombe sur la tête, sur les yeux et sur le nez, mes oreilles gonflent et mes yeux font des folies. Je me raidis de la tête aux pieds, c'est une trépidation dans tout le corps. Je ne reconnais plus les objets, je crois que je ne suis plus dans ma chambre et que l'on m'a déménagée... C'est une fatigue qui en arrive à la douleur, je suis fatiguée à en mourir. »

Je voudrais insister un peu sur des incidents du traitement d'Emile, ce jeune homme de 15 ans dont je viens de parler. Comme il présentait une foule de tics de la tête et de tout le corps, un médecin avait cru bon de le soumettre à un traitement de gymnastique et de rééducation des mouvements, se figurant suivant une doctrine classique que les tics étaient simplement un trouble du mouvement. Avec de grands efforts le malade réussissait à peu près à faire les exercices qu'on lui demandait, il n'y réussissait qu'en raidissant tous ses muscles, en regardant fixement devant lui, en parlant d'une voix saccadée ; le professeur de gymnastique était cependant très satisfait du résultat apparent. Mais voici que se déclare une agitation mentale grave avec honte du visage, délire de persécution et ce qui est plus singulier une crise d'entérite muco-membraneuse dont les rapports avec la dépression mentale ne sont pas assez connus, le malade surmené et délirant a des poussées fébriles à 40° et il faut interrompre pendant des mois tout traitement épuisant. D'ailleurs il en est ainsi constamment dans l'évolution de ce malade : à une période où il est déjà beaucoup mieux, on essaye de lui faire donner quelques leçons d'escrime qui lui plaisent beaucoup, il ne tarde pas à retomber dans les sentiments d'incomplétude, dans les excès de masturbation et il a une forte poussée d'hémorroïdes. Il en est de même pour les efforts moraux : si on l'envoie causer quelques minutes avec des amis il se tient très bien, si on le laisse trop longtemps, il retombe, les tics et les phobies vont recommencer. Dans le traitement de ce jeune homme il faut constamment se préoccuper de sa susceptibilité à la fatigue.

Il en est exactement de même dans le traitement d'une autre malade très intéressante qui mériterait une longue étude, Sophie que je suis depuis plus de dix ans. Cette jeune femme qui a actuellement 35 ans était primitivement une psychasténique scrupuleuse avec obsessions d'indignité, impulsions à l'ascétisme, aux dévouements stupides et manies mentales de toutes espèces. A certains moments ces manies et ces obsessions s'aggravent et cessent de devenir conscientes, les impulsions deviennent irrésistibles et la malade devient un de ces types de psychasténiques délirants sur lesquels j'ai insisté autrefois et qu'a également fort bien décrits M. Arnaud. Il est intéressant d'étudier chez elle une des formes du passage de l'obsession au délire.

Sophie semble être en ce moment en bonne santé : malheureu-

sement elle vient à Paris avec des amis, elle se promène beaucoup, visite des musées, passe la soirée au théâtre. Le lendemain, elle est transformée, elle ne peut plus faire attention à rien et ne se pose sur aucune idée. Comme j'ai l'habitude de le dire en décrivant son état, « sa pensée papillonne ». Bientôt elle va s'entêter sur quelque pensée absurde, va déclamer sur son besoin d'indépendance pour développer sa volonté, sur son besoin de s'instruire et de se dévouer à des actes de charité ; elle va recommencer ses absurdités, ses manies des efforts et ses luttes contre tous ceux qui l'environnent ; si je la laisse continuer ses promenades dans Paris, elle sera dans deux jours en plein délire. Il faudrait pouvoir analyser ici des milliers d'incidents que j'ai notés chez ce sujet pour montrer que chez Sophie les obsessions sont en rapport avec une dépression de la tension psychologique et le délire complet avec une dépression encore plus profonde causée par la fatigue. Tous les incidents qui augmentent la dépense de ses forces, un voyage en automobile, la moisson à la campagne à laquelle elle a voulu aider, des visites trop nombreuses chez ses parents, etc., sont des occasions de délire. Sans doute la fatigue n'est pas la seule cause qui chez elle amène ou augmente la dépression, mais c'est certainement l'une des principales ; c'est une des plus dangereuses, car les obsessions de la malade dès le début prennent la forme de scrupule et la poussent à faire des efforts démesurés pour se relever à ses propres yeux et ces efforts augmentent la fatigue et la font tomber dans le délire si on n'intervient pas à temps. Il y a là un processus en avalanche, si fréquent dans les maladies mentales dont la connaissance est indispensable pour diriger de tels sujets.

Sans doute nous rencontrons bien des difficultés dans l'interprétation de ces phénomènes de fatigue. Il ne faut pas confondre complètement ces fatigues pathologiques avec la fatigue normale qui se présente chez l'homme bien portant à la suite d'un travail un peu prolongé. Cette fatigue normale est en réalité une conduite particulière et non un désordre de la santé. Elle contient d'abord un arrêt des actions qui viennent d'être prolongées, puis l'adoption d'une attitude particulière qui est l'attitude du repos, enfin le maintien, la prolongation de cette attitude pendant un certain temps. La fatigue n'est au fond pas autre chose que la conduite de l'homme qui se repose et le sentiment de la fatigue

n'est pas autre chose que le désir de cette conduite. Le phénomène qui sert de point de départ à cette conduite qui amène le déclenchement de la tendance correspondante est constitué par un ensemble de changements dans l'exécution des actions en cours : celles-ci deviennent plus difficiles, plus lentes, moins précises et c'est ce changement qui amène l'éveil, puis l'activation au stade du désir de la tendance au repos. Cette tendance appartient en effet au groupe si considérable des tendances de contrôle parmi lesquelles doit être rangée la conscience psychologique, tendances qui ne sont pas activées par un stimulus extérieur mais qui réagissent à nos propres actions. Ainsi entendue la fatigue n'est pas un trouble réel, elle est bien plutôt une précaution, une réaction de défense contre le danger des troubles qui pourraient être produits par la prolongation de l'action.

Quand il s'agit de troubles pathologiques permanents il est beaucoup plus correct d'employer le mot *épuisement* au lieu du mot fatigue. L'épuisement est en effet cet ensemble de troubles de la conduite déterminé par l'exécution et la prolongation des actions que la fatigue aurait dû éviter mais qu'elle n'a pas réussi à supprimer. L'épuisement est différent de la fatigue comme l'inanition est différente de la faim qui est le désir de la tendance à l'alimentation pour éviter l'inanition. Les malades dont nous venons de parler n'ont pas eu précisément de la fatigue puisqu'ils n'ont pas arrêté leur action quand il le fallait. Quelques-uns d'entre eux, comme on peut le voir par les gémissements de M^{me} Z.... ont eu un certain sentiment de fatigue mais ils n'ont pas su activer davantage ce désir du repos. Ceux qui ont essayé de se reposer n'ont pas su le faire convenablement car cette tendance était déjà troublée chez eux et ils n'en ont obtenu aucun bénéfice. Les grands épuisés qui présentent des troubles de l'activation des tendances ont précisément des troubles qui portent sur la tendance à la conduite du repos. C'est quand ils commencent à se rétablir, quand leur dépression diminue qu'ils deviennent capables de faire eux-mêmes ces actes de repos et on est étonné de leur entendre exprimer des sentiments de fatigue à la fin de leur maladie tandis qu'ils prétendaient n'en sentir aucun au début pendant les plus grands troubles. La disparition de l'épuisement permet l'apparition de la fatigue.

Ces réflexions nous montrent que l'emploi du mot fatigue dans les observations précédentes n'était pas absolument correct. Mais

nous nous plaçons à un point de vue particulier et nous cherchions les origines des troubles présentés par les malades. Or la fatigue et l'épuisement ont le même point de départ dans l'exécution et la prolongation des actions et à ce point de vue les deux termes peuvent être confondus sans inconvénients.

Nous rencontrons d'autres difficultés si nous examinons à quel moment commencent à se manifester d'une façon nette ces troubles de l'épuisement. Dans les cas les plus simples les troubles se manifestent rapidement après l'action ou après une certaine prolongation de l'action. Le fait était manifeste dans beaucoup des cas précédents : en voici d'autres exemples simples. Wkm., jeune fille de 18 ans commence une action quelconque, par exemple un travail de couture, avec bonne volonté et satisfaction. Dès qu'elle a travaillé dix minutes, elle éprouve un dégoût insurmontable pour ce qu'elle fait et si elle insiste elle retombe dans une crise d'analyse et de doute. Hk., h. 30, nous dit ingénument : « Mes sentiments ne peuvent pas durer, dès que j'aime une femme je ne tarde pas à éprouver des sentiments de dégoût et même de haine. » On connaît ces individus si nombreux déjà décrits par Féré qui immédiatement après le coït ont de grandes dépressions : Wkx., h. 29, qui a fréquemment dans ses dépressions le sentiment de l'irréel est effrayé après le coït parce que sa maîtresse « a l'air d'un cadavre, d'un corps sans âme ». Kv., h. 36. Neb., h. 32, ont dans les mêmes circonstances des doutes et des aboulies et sont obligés de rester couchés deux jours.

Mais dans d'autres cas il en est tout autrement et ce sont d'ordinaire les cas les plus graves. J'ai suivi jour par jour l'évolution des troubles déterminés chez Lydia par une fatigue mêlée d'émotion. A l'occasion d'une menace d'incendie dans une usine elle a été obligée de passer toute une nuit levée pour attendre des nouvelles et pour rendre quelques menus services. Je croyais la trouver très malade le lendemain matin, elle était au contraire bien portante et calme : il s'agit là d'un de ces phénomènes d'excitation que nous étudierons dans un chapitre suivant. Ce n'est que sept jours après qu'elle a de l'essoufflement et de l'angoisse, qu'elle se sent faible, réclame du Champagne et de la nourriture en excès, ce qui est chez elle un symptôme prémonitoire. Puis elle commence à se plaindre « qu'elle n'a plus de sentiment, que des vagues descendent le long de sa colonne verté-

brale » et ce n'est que quatorze jours après la nuit passée à l'usine qu'elle « est complètement enfoncée dans le néant et le vide », qu'elle a en un mot la grande crise de dépression que j'attendais. Le rapport des événements est ici encore très net, mais dans d'autres cas, comme dans celui de Lise que j'ai si souvent citée dans mon livre sur les obsessions, il y a des semaines d'intervalle entre les actes épuisants et la dépression consécutive. Cette période intercalaire est très intéressante, elle correspond à la période de rumination que Charcot signalait déjà dans l'évolution des accidents hystériques. On a supposé autrefois qu'elle était remplie par un travail d'auto-suggestion, plus tard on l'a rapprochée de certains phénomènes d'anaphylaxie décrits par M. Ch. Richet. Il est probable que pendant cette période d'incubation le sujet qui a fait dès le début de grands efforts d'adaptation, qui n'est pas parvenu à une réaction satisfaisante et qui se sent en déséquilibre, continue ses grands efforts pour arriver à une adaptation plus parfaite. Il augmente ainsi de plus en plus son épuisement qui va devenir manifeste à la première occasion. Dans un des chapitres suivants, à propos des souvenirs traumatiques et des situations mal liquidées nous aurons l'occasion de revenir sur l'étude de cette période d'incubation. Je me borne à signaler ici la fréquence de cette période de latence entre les efforts initiaux et les troubles de l'épuisement : il est important de la connaître afin d'éviter des erreurs dans l'interprétation d'accidents qui sont simplement retardés.

En outre dans la plupart des cas précédents nous n'avons étudié que des fatigues généralisées, c'est-à-dire des épuisements déterminés par l'action d'une tendance, mais se généralisant vite à la plupart des autres tendances et surtout aux tendances supérieures. Dans d'autres cas plus curieux les troubles semblent au moins en partie se localiser sur la tendance qui a joué le rôle principal dans le travail précédent. Je ne fais que rappeler quelques exemples. Cu. est une fillette de 15 ans élevée à la campagne jusqu'à l'âge de 13 ans sans aucune instruction. A ce moment on transforme son éducation et on veut lui faire suivre l'école et le catéchisme, on lui reproche de parler mal, de lire mal et on l'exerce sans cesse à parler, à lire, à réciter. Les exercices de l'école sont surtout des exercices verbaux et c'est la fonction du langage qui travaille le plus chez cet enfant. Je suis disposé à rattacher à ce surmenage des tendances du langage les crises

singulières qu'elle présente tous les mois au moment de ses règles. Ce sont des crises d'agitation du langage pendant lesquelles l'enfant bavarde indéfiniment et récite sans interruption des fragments de leçons et des phrases sans signification pendant 48 heures. Ces crises de bavardage sont souvent suivies d'un mutisme complet qui dure plusieurs jours avec conservation complète de l'intelligence. Il semble vraiment que la fonction du langage manifeste son épuisement d'abord par de l'agitation, puis par de la paralysie.

Chez Jean dont j'ai longuement raconté ailleurs la lamentable histoire on observe de singuliers épuisements des fonctions génitales qui surviennent après des masturbations. Il reste honteux, bourrelé de remords avec de singuliers dégoûts sexuels : « le corps de la femme est répugnant ; fastidieux, elle fait des excréments comme moi ». Il a à ce propos toute une série de phobies et d'obsessions sexuelles. Il faudrait pouvoir exposer en détail l'observation si curieuse de Pya., h. 40, qui, à la suite d'excès sexuels et en même temps d'émotions, présente toute une longue maladie psychasténique portant à peu près uniquement sur la fonction sexuelle, celle-ci a été d'abord complètement supprimée aussi bien physiquement que moralement, puis elle s'est relevée peu à peu n'existant d'abord que sous la forme de pertes automatiques, puis de coïts incomplets avec dégoût et phobie, puis de coïts plus normaux mais sans jouissances et elle n'est redevenue complète qu'après plus d'un an. Les diverses modifications mentales qui ont accompagné ces évolutions d'une fonction ont été des plus curieuses.

Chez d'autres malades il y a des troubles de la fonction visuelle de l'asthénopie, de la photophobie qui se développent après une fatigue des yeux, comme cela arrive chez M^{me} Z. et chez Emma, f. 40. Ces malades ne peuvent plus fixer un objet ni suivre des yeux un objet en mouvement, ils ont besoin d'un effort pénible pour tout acte de vision : « Il me faut appuyer pour voir, il faut tout le temps que je pense à voir. » Ils ont des sentiments bizarres à propos de leurs yeux, analogues à des sentiments d'incomplétude : « Mes yeux sont changés, ils ne sont plus attachés à leurs orbites, ils me font l'effet d'être japonais... ils ont l'air bêtes, ils me gênent. » Souvent ils ont en même temps que les troubles visuels des douleurs violentes de la nuque et du cou. On a quelquefois parlé de ces douleurs de la nuque chez les

asthénopiques en les rattachant à un trouble du centre cortical de la vision ou ce qui serait plus vraisemblable en les mettant sous la dépendance d'une stase du sang dans les sinus latéraux. Je crois qu'il est plus simple de les rattacher à une courbature des muscles de la région et de rappeler à ce propos l'association si intime des mouvements du cou et de la nuque avec les mouvements des yeux dans la fixation des objets. Le trouble atteint tout le système des organes en rapport avec les tendances visuelles.

Souvent ces dépressions localisées sur un certain groupe de tendances se présentent après des exercices exagérés de ces mêmes tendances : l'asthénopie d'Emma s'est présentée pour la première fois après des travaux prolongés de comptabilité faits à la lumière artificielle. Mais quelquefois ces dépressions localisées réapparaissent à la suite de fatigues portant sur des actes quelconques : l'asthénopie d'Emma se reproduit à la suite d'un voyage, à la suite de réceptions mondaines, etc. C'est là ce qui complique quelquefois le diagnostic et empêche de rattacher le trouble à son véritable point de départ qui est bien un épuisement.

Dans toutes les observations précédentes les malades n'avaient aucune obsession, aucune phobie de la fatigue, ils ignoraient même complètement avant nos observations le rôle que jouait la fatigue dans leurs rechutes. On ne peut donc pas expliquer leurs troubles par une idée fixe de la fatigue. C'est nous qui sommes arrivés par la constatation de leurs dépressions et des circonstances dans lesquelles elles se présentaient à remarquer que ces troubles consistaient dans une incapacité à activer certaines tendances, à la suite d'une activation trop prolongée de ces mêmes tendances, c'est-à-dire que, toutes proportions gardées, ils étaient analogues aux phénomènes que nous désignons sous le nom de fatigues.

La dépression des névropathes semble donc, si on considère ses origines apparentes, se rapprocher de la fatigue aussi bien que de l'émotion. Est-il juste d'ailleurs d'opposer ces deux mécanismes l'un à l'autre. Le trouble semble se développer après l'exécution de l'acte dans la fatigue, il semble apparaître auparavant dans l'émotion et empêcher même l'exécution de l'acte. Ce n'est pas tout à fait exact, au moment de l'apparition de la circonstance émotionnante le sujet commence à réagir. Les mou-

vements, les efforts, les dépenses de force sont considérables parce qu'il s'agit d'une circonstance grave qui éveille des tendances puissantes. En raison de la nature de l'événement initial, des conditions dans lesquels il se présente, de l'état antécédent du sujet, de son défaut de préparation ou d'une dépression antérieure toutes ces réactions ne réussissent pas et n'aboutissent qu'à des dérivations et à des agitations de toute espèce. Même après la disparition de l'événement initial le sujet mécontent de ce déséquilibre continue ses efforts pendant une certaine période d'incubation et ne tarde pas à parvenir à un épuisement plus ou moins profond. Les troubles observés à la suite des émotions, surtout si l'on considère la dernière période des émotions, sont tout à fait identiques à ceux qui ont été constatés à la suite des fatigues. J'ai déjà eu l'occasion de montrer¹ qu'au fond l'origine du trouble émotionnel est analogue à celle du trouble de la fatigue. Dans les deux cas la dépression se produit à la suite de la dépense de forces nécessitée par l'action correcte ou incorrecte et nous ne pouvons nous empêcher de donner raison à ceux qui ont soutenu que l'on avait le droit d'assimiler la dépression des malades à des phénomènes analogues à ceux de la fatigue.

4. — LES ACTIONS ÉPUIANTES.

Un point qui serait très important pour l'étude des psychopathies serait de connaître exactement quelles sont les actions qui épuisent. Quand il s'agit de l'économie domestique nous savons très bien quelles sont les denrées chères et les denrées bon marché, quelles sont les opérations coûteuses et celles qui sont à bas prix; et nous pouvons facilement établir le budget de notre ménage. Nous sommes au contraire tout à fait incapables d'établir le budget de notre activité mentale parce que nous n'avons que des notions très vagues sur le coût de telle ou telle action. D'ordinaire cela n'a pas de grands inconvénients parce que les hommes bien portants ont presque toujours des forces morales surabondantes pour leurs petites dépenses. Mais chez des

¹ Cf. Rapport sur les problèmes psychologiques de l'émotion, *Revue neurologique*, 30 décembre 1909.

malades peu fortunés qui ont besoin de compter dans leurs actions cette question devient capitale. Déjerine avait raison de dire que les actes qui s'accompagnent d'émotion sont les plus déprimants. Ce n'est pas parce que l'émotion est une cause de dépression, elle est elle-même la dépression, c'est parce que ce sont là des actions difficiles et coûteuses qui chez les uns déterminent cette dépression rapide au cours même de l'acte qui est l'émotion et chez les autres cette dépression plus tardive après l'acte qui est appelée la fatigue. La question revient toujours au même point : quelles sont les actions qui pour le névropathe déterminent par épuisement un état de dépression plus profond.

En général il est très difficile de le savoir, car nous ne connaissons pas assez l'état mental de chaque malade, ses acquisitions antérieures qui rendent telle ou telle opération plus ou moins habituelle, les dispositions dans lesquelles il se met pour faire un acte. Nous pouvons seulement discerner quelques indications. Le premier point, le plus facile à mettre en évidence, c'est qu'il y a des circonstances de la vie, toujours les mêmes qui proposent aux générations successives les mêmes problèmes, qui demandent des actes difficiles et qui sont pour d'innombrables personnes des occasions de chute et de maladies mentales. Ce n'est pas sans raison que l'on a pu imaginer quelquefois la maladie de la première communion, la maladie des fiançailles, la maladie du voyage de noces, ou la maladie des belles-mères. Le médecin ne doit pas considérer comme au-dessous de sa dignité l'étude de ces circonstances et leur énumération que je ne puis faire ici que d'une façon grossière sera plus tard, j'en suis sûr, l'objet d'études précises et de classifications raisonnées.

La première communion. — Chez beaucoup de sujets les premières manifestations de la névrose se présentent entre 12 et 14 ans à l'époque de la puberté physique qui a déjà affaibli considérablement leur force de résistance. Elles prennent souvent une forme mystique parce que c'est en même temps l'époque où l'attention des enfants est attirée sur les exercices religieux à l'occasion de la première communion. C'est à ce moment que commencent les manies de répéter les prières, les manies de perfection, les terreurs de l'enfer et chez les plus précoces les obsessions sacrilèges. Déjà des fillettes de 15 ans se croient

enceintes du Saint-Esprit et regardent en tremblant « si elles n'ont pas accouché d'un être vivant quand elles vont aux cabinets en poussant trop fort ». Ces troubles peuvent rester limités aux actes religieux et persister indéfiniment. Wyx., f. 49, est encore terrorisée quand elle doit préparer une communion : « C'est toujours comme à l'âge de 14 ans : je ne puis pas m'empêcher de penser à ce moment que l'union Eucharistique se confond avec l'union corporelle, je ne peux pas entendre parler de saint Joseph sans penser des choses horribles, je tombe dans l'obscène dès que je veux faire des actes religieux et il en a été ainsi toute ma vie. »

L'entrée dans la vie. — En général les troubles commencent un peu plus tard et la majorité des névroses et des psychoses ont débuté d'une manière souvent inaperçue entre 17 et 19 ans. Je ne cite qu'un exemple : Cq., h. 22, présente des troubles de l'action depuis l'âge de 18 ans : sa lenteur ordinaire s'est exagérée, il ne pouvait plus jamais rien faire à l'heure, il n'achevait aucun acte même le plus simple, il ne terminait pas sa toilette et s'il commençait à se couper les ongles il n'en coupait que sept et en laissait trois. Puis on l'a vu renoncer peu à peu à tous les travaux qu'il aimait, il a interrompu ses études, il a abandonné la musique et renoncé à la lecture. Enfin il semble devenir incapable de faire les actes les plus simples et il demande qu'on l'habille, car il ne peut plus le faire lui-même. Son intelligence semble intacte et il explique fort bien ce qu'il éprouve : « C'est, dit-il, qu'en essayant d'accomplir un acte, je me sens troublé, mal à l'aise, j'ai le sentiment que cet acte est absurde, mal fait, répugnant et surtout irréligieux. Je me fatigue moralement et la fatigue que j'éprouve est une fatigue laide, accompagnée de haine, de moquerie, d'esprit goguenard... Je ne peux plus à ce moment avoir des pensées sympathiques, je ris des choses respectables, je prends en horreur les choses que j'aimais le mieux, et il y a en moi comme un esprit de révolte... mettre ma cravate me donne l'impression de commettre un mauvais coup, c'est comme si Dieu ne voulait pas que je mette ma cravate et comme si je la mettais pour l'embêter... Je ne puis pas faire un acte avec cet esprit d'hostilité contre les commandements de Dieu... Je sais bien que tout cela est ridicule, mais ce sont des impressions trop pénibles à supporter. »

Il y a là une dépression typique avec sentiment de déchéance qui survient au cours de tout effort un peu prolongé et qui entraîne à sa suite les obsessions sacrilèges : cet épuisement s'est produit peu à peu chez un jeune homme intelligent mais timoré : « Ma fatigue a commencé à propos des actes difficiles, des croyances religieuses et morales que j'hésitais à conserver ou à supprimer. C'est si fatigant de réfléchir à la vie, à sa carrière, au monde que l'on doit voir et que l'on déteste... j'ai si peur de penser ! » Une autre malade, Céline, f. 32, me disait : « C'est à 17 ans que je me suis aperçue que je pensais et cela m'a été si douloureux que j'aurais voulu ne jamais continuer. » « C'est parce que je me suis aperçu vers 17 ans, dit également Myvc., h. 26, qu'il fallait vivre et qu'il fallait penser que je suis devenu si maladroit et que j'ai fait des bêtises. » Le passage de l'enfance à la jeunesse n'exige pas seulement des dépenses de force physique pour l'organisation nouvelle du corps et la préparation des fonctions de reproduction, il demande encore de grandes et difficiles adaptations morales : c'est l'époque où se posent simultanément et quelquefois brutalement tous les problèmes de la vie, les problèmes de l'amour, de la fortune, du métier, de la société, de la religion et c'est à la suite des efforts pour les résoudre que se présente cette « peur de la vie » si fréquente au début des maladies mentales chez les jeunes gens.

Les salons, les écoles, les examens. — Un peu plus tard quand les jeunes gens entrent dans les salons et dans les écoles surviennent de nouvelles occasions de troubles. On connaît trop toutes les maladies de timidité à propos de difficiles adaptations sociales. Myvc. en particulier, grand timide de 23 ans, n'ose plus entrer nulle part et rumine indéfiniment sur le monde « qui n'est pas ce qu'il devrait être, sur l'indéterminé de la vie dont il voudrait sortir... Je suis à la fois trop jeune et trop âgé, je n'ai pas les tendances des autres jeunes gens... Ah ! si je pouvais vivre dans une île déserte comme Robinson ! »

D'autres sont en outre déprimés par le travail scolaire, effrayés par les écoles et les examens : Wkq., h. 19, devient malade au lycée, un devoir à faire, une leçon à apprendre, une composition le bouleversent, dès qu'il essaye de fixer l'attention il est arrêté par des ties bizarres, des ruminations mentales sur des scrupales religieux et après chaque tentative il est plus

déprimé et plus aboulique. Ned., h. 19. nous montre un singulier exemple du retour en arrière si caractéristique du psychasténique : il ne peut pas suivre sa classe de philosophie parce qu'il a le sentiment de n'avoir pas bien fini sa classe de rhétorique, ce sont les livres de la classe précédente qu'il voudrait lire maintenant « parce qu'il ne peut pas faire une chose avant d'avoir liquidé la précédente ». Lba., h. 22. a du découragement, des crises de peur, de l'éreutophobie. C'est qu'il s'adapte mal à l'école supérieure où il est entré non sans succès. Il n'ose parler ni aux professeurs ni aux camarades, il ne sait pas disposer son travail ni préparer des examens, et surtout il ne sait pas suivre des cours. Il a une attention trop profonde et trop lente, il s'arrête à comprendre une phrase et ne peut plus saisir la phrase suivante, il est affolé quand le professeur passe d'un sujet à un autre, il s'effraie outre mesure des petites défaillances de l'attention et des obscurités momentanées, « convaincu qu'il doit comprendre tout de suite ou bien jamais ». Ce sont là les troubles primitifs de son travail qui amènent les phobies et les obsessions.

Le repos, les vacances. — On est étonné de constater que la période des vacances est l'occasion de beaucoup de troubles : plusieurs parmi ces jeunes gens sont plus malades après un mois de vacance que pendant la durée du travail scolaire. C'est parce que le repos lui-même et l'amusement ne sont pas une absence d'action mais au contraire des actions particulières qui exigent des adaptations spéciales. Beaucoup de gens savent encore moins se reposer qu'ils ne savent travailler. Ils se plaignent de ne pas pouvoir supporter l'inaction, de ne savoir que faire, de s'ennuyer, de se déprimer parce qu'ils ne réussissent pas à faire ces actions spéciales que nous appelons l'inaction. M. Dupuis le montre bien dans un article intéressant¹ : « Il y a chez elle, dit-il, incapacité de supporter l'oisiveté : la rêverie, l'abandon de la pensée flottant au hasard sont pour elle un supplice. Une tâche à faire, un objet précis où s'applique son attention, lui servent d'écran contre le vide intérieur : elle n'a pas assez de forces pour rester sans rien faire. » L'observation de Noémi, f. 30, confirmerait

1. L. Dupuis, Le moindre effort en psychologie. *Revue philosophique*, 1911, II, p. 164.

bien cette remarque car cette malade qui a des crises de dépression fréquentes remarque elle-même qu'au début de ces crises elle cesse tout d'abord de pouvoir se reposer. « car elle ne peut plus avoir un moment de détente, de flânerie ».

D'ailleurs dans notre société les vacances sont une occasion de bouleversements de la vie, de voyages, de changements de résidence pour les parents comme pour les enfants. Il faut se défier des voyages que l'on considérait autrefois comme un remède des névroses et qui très souvent les aggravent car le changement des lieux et des personnes, le sentiment de l'éloignement demandent des adaptations nouvelles et des efforts de courage qui fatiguent les psychasténiques. Combien de ces malades m'ont raconté que le voyage n'est réellement agréable qu'au retour dans le souvenir, « car pendant le voyage je reste inquiet et je ne vis qu'à moitié ». Ils s'en effrayent d'avance : « Il va encore falloir aller à la campagne chez ma mère, me dit en gémissant tous les ans au mois de juillet Pépita, lui amener les enfants, rencontrer mon beau-frère, que d'ennuis à supporter et puis quoi faire là-bas, je vais encore manger trop et me rendre malade. » Elle en profite pour se rendre malade d'avance.

Jean désire partir en voyage pendant l'époque des vacances, ce n'est pas qu'il y tiennne beaucoup lui-même, mais il désire faire comme tout le monde. Il est visible que ce garçon est incapable de faire seul un voyage quelconque, il ne connaît pas les pays qui pourraient être visités, il ne sait pas s'y prendre pour préparer ses bagages, pour prendre un billet, etc. Aussi échoue-t-il dès le début, c'est-à-dire que cette prétendue préparation de voyage amène simplement une recrudescence des manies et des angoisses. Cette tentative manquée le rend plus malade et tous les ans il y a au mois de juillet une rechute grave à propos du voyage de vacances.

Les accidents nerveux déterminés par le voyage sont innombrables : bien des individus qui se portaient assez bien chez eux tombent dans une dépression grave parce qu'ils entreprennent « un voyage d'agrément ». « Dès que je suis loin de chez moi, dit Gt., h. 30, tout devient triste et lugubre, on dirait que tout s'écroute, que je marche sans cesse au milieu des raves et des cimetières. » — « Dès que je suis en voyage, me dit Anna, f. 26, je ne comprends plus les objets, je les trouve étranges, sans réalité, sans relief, c'est terrible de ne plus savoir si les

choses existent, si on existe soi-même. » Dans dix cas j'ai dû mettre au repos dans un sanatorium des personnes étrangères envoyées à Paris pour se distraire d'humeurs noires et que le voyage à l'étranger faisait tomber complètement. Les entérites muco-membraneuses qui apparaissent souvent dans ces cas sont en rapport avec le même épuisement nerveux. D'autres malades ne supportent même pas que les enfants quittent la maison pendant qu'ils y restent tranquillement : « la maison n'est plus la même si les enfants sont partis, cela me dérange de ne plus avoir les mêmes personnes à table, cela me rend malade. Oh ! que les vacances sont une chose terrible. » C'est ainsi que dans beaucoup de familles recommencent tous les ans des troubles au mois de juillet : il ne faut pas parler trop vite de maladie périodique.

Le métier, le ménage. — Les occupations de la profession sont une cause si évidente de troubles mentaux que l'on a souvent admis une classe spéciale de psychoses professionnelles. Je n'ai pas à revenir sur les obsessions et les phobies spéciales du notaire, du médecin, de la couturière ou du coiffeur. Mais les troubles peuvent ne pas être systématisés de cette manière, garder une forme banale et être cependant professionnels par leur origine. Mca., f. 24, dans ses tristesses et ses désespoirs à la singulière manie de s'épiler et de manger tous ses cheveux, c'est parce qu'elle a été retirée de sa campagne et placée comme domestique à Paris¹. Nebo., h. 40, tombe dans les manies du doute, les serments et les pactes parce qu'il est obligé de diriger la maison de commerce de ses parents. Ej., f. 21, devient aboulique, douteuse, ne peut faire un acte sans le recommencer indéfiniment ni un pas en avant sans reculer ensuite ; elle présente fortement la manie de se regarder constamment dans les glaces, ce qui est fréquent chez les déprimés, et elle en donne une intéressante explication : « J'ai tout le temps le sentiment de disparaître, de me perdre, je me regarde une dernière fois afin de me retrouver un peu, c'est pour me conserver un peu. » Tout cela provient d'un essai que son père a voulu faire en la plaçant comme caissière dans son magasin. Wkx., h. 29, quand il a un peu plus de travail à son journal sent que ses mains deviennent bizarres

1. *Obsessions et psychasténie*, 1903, II, p. 231.

« comme si elles ne lui appartenait plus... une douleur d'âme l'envahit, angoisse intérieure, oppression de la conscience, couche de plomb qui opprime l'âme et qui s'étend sur le monde entier qui semble souffrir et mourir... Les hommes dans la rue n'ont plus l'air vivants, ils sont des ombres, des mannequins et on est tout surpris de constater qu'ils ont un nez et des yeux ». Lbf., h. 33. essaye en vain tous les métiers. « le commerce, le métier militaire, la médecine, rien ne me réussit et tout me désespère ». Francis, h. 25. fait mieux, nommé caporal pendant son service militaire il est affolé à la pensée d'avoir à commander à des hommes et il fait exprès une absence illégale de quatre jours afin de se faire dégrader, il a l'idée fixe de se faire enlever ses galons et finit par passer en conseil de guerre. Plus tard il ne peut malgré ses capacités rester plus de quelques semaines dans les maisons de commerce où il se place lui-même ; timide et orgueilleux, il se croit humilié à chaque instant, il fait une foule de sottises et finit par s'enfuir désespéré sans savoir où il va.

L'organisation et la direction du ménage sont pour beaucoup de personnes, pour les femmes surtout, un véritable métier. Aussi donne-t-il naissance de la même manière à tous les troubles possibles : j'ai déjà décrit bien souvent ces femmes qui tombent dans de graves dépressions parce qu'elles doivent chercher une domestique ou qui s'épuisent et s'affolent en commandant le menu de chaque jour. La vie de famille, l'adaptation réciproque des personnes qui vivent ensemble dans une même maison est également analogue aux adaptations professionnelles et je crois que cette adaptation et ses insuffisances sont de la plus grande importance en médecine mentale. Mais les difficultés que font naître les divers caractères des personnes qui habitent la maison et souvent leurs troubles mentaux seront particulièrement étudiés dans le chapitre suivant à propos de l'isolement. Il suffit de rappeler ici qu'il faut pour s'adapter aux personnes de la famille un véritable travail mental très difficile : c'est toute une science que de savoir vivre correctement avec les personnes de son milieu, parents et amis et les insuffisances de cette science amènent la plupart des troubles de l'esprit.

Les déménagements et les changements de situation. — Quelles que soient les difficultés présentées par le métier ou la vie de

famille dans la maison, elles n'approchent pas de celles qui surviennent quand il y a un changement quelconque dans cette maison ou dans ce métier. Je pourrais écrire ici une pathologie du déménagement en analysant sept observations curieuses dans lesquelles des maladies quelquefois extrêmement graves se sont développées à l'occasion d'un simple déménagement. Un homme de 60 ans, qui a toujours été il est vrai un aboulique et un douteur, est tombé à la suite d'un déménagement dans un état de dépression grave qui a duré plus de deux ans et qui a transformé ses obsessions en délires. Une femme de 46 ans a eu un accès de dépression simplement parce que l'on a repeint son appartement et modifié sa disposition : « Je m'en effrayais d'avance, dit-elle, et cela m'a rendue bien malade, j'ai d'abord été très agitée et puis je suis tombée dans cette tristesse et ces peurs. »

Dans trois observations j'ai observé les troubles les plus singuliers, des claustrophobies, des idées obsédantes de forme sacrilège à la suite d'une modification de la résidence, d'un abandon de Paris pour la province ou d'un simple changement de quartier. L'un regrette sa vie de célibataire aisé à Paris et les plaisirs faciles de la capitale que l'on ne retrouve pas en province, l'autre s'indigne d'avoir à prendre un tramway pour retourner dans « le quartier agréable et vraiment vivant où il a ses distractions ». Ces individus ont toujours été extrêmement lents à s'adapter, longs à prendre des habitudes nouvelles : « l'exil m'a déraciné, répètent-ils tous, ce sont des transformations mauvaises à mon âge ». Ce trouble dans la vie telle qu'ils l'avaient comprise, ces efforts infructueux pour créer de nouvelles habitudes de conduite et de plaisir les dépriment constamment et donnent à tous leurs actes cette nuance de tristesse et de honte. Les associations d'idées, les souvenirs de la période pénible pendant laquelle ils ne pouvaient pas satisfaire leurs désirs, les refoulements, les manies du symbole et les manies de la déclamation font le reste : « Quel malheur, je n'ai pas pu avoir une émotion juste même dans le temple de Lourdes ; malgré moi je pensais à enc..., un descendant de Bernadette. Quelle horreur ! Se sentir sale et fou ! »

Les changements de profession ou plutôt le moindre changement dans la profession exigent un changement de conduite correspondant et naturellement amène des troubles chez ces débiles

de l'action¹. Dans une pension de jeunes filles la directrice est changée, en quoi cela peut-il impressionner la concierge, femme de 31 ans, qui reste comme auparavant concierge de la pension ? En peu de chose évidemment, mais en quelque chose : « Je verrai une autre directrice, qui ne sera pas aussi familière avec moi : il va falloir la saluer autrement..., peut-être fera-t-elle d'autres règlements, peut-être ne passera-t-elle pas à la même heure devant la loge. Peut-être n'aura-t-elle pas la même bienveillance pour moi... C'est épouvantable. » Et cette pauvre femme ne peut plus balayer la cour, ne sait plus à quelle heure il faut se lever, a des angoisses et des obsessions de persécution et doit passer trois mois à l'hôpital. Je rappelle seulement le cas de L.vy., employé principal dans une banque où il a travaillé jusqu'à l'âge de 40 ans sans présenter aucun trouble. La mort du directeur le place brusquement dans une position beaucoup plus belle, mais dans laquelle il a plus de responsabilités : il ne peut supporter ce changement et tombe dans une grave dépression mélancolique dont il n'avait jamais présenté de symptôme auparavant. Même dans les maisons de santé où la vie est ou devrait être monotone, on observe des rechutes graves parce que les malades ont été changées de pavillon ou parce qu'on leur a donné des gardes nouvelles.

Les changements de situation et de profession ont été fréquents et terribles pendant la guerre et ils ont été le point de départ de bien des névroses graves : « Nous sommes des déracinés, répètent de pauvres malades, nous sommes jetés trop brusquement dans un milieu trop différent de celui où nous avons toujours vécu. » Rkb., homme de 33 ans, est affolé à la pensée qu'il va passer un conseil de revision, qu'il va être brusquement retiré de sa situation et placé dans une toute autre existence : il présente de grandes angoisses avec crises de suffocation et de polypnée. Daniel, homme de 41 ans qui a fait courageusement son devoir comme officier pendant trois mois, devient affolé non par les dangers qu'il court et qu'il affronte sans émotion, non par son travail qu'il exécute fort bien à la satisfaction de tous, mais par les difficultés qu'il éprouve à s'adapter à un milieu social si différent du sien : « Il est désorienté, desorbite, décale, parce qu'il n'est plus au milieu des siens, parce qu'il a besoin d'être entouré de gens et de choses qu'il connaît bien, de se trouver

1. Cf. *Obsessions et psychasthénie*, I, p. 517.

dans des endroits auxquels il puisse accrocher des souvenirs, sinon il est sans équilibre... » Il a à chaque instant des scrupules et des doutes : « On exige de moi une perpétuelle présence d'esprit, je suis incapable de saisir un ordre et je suis hanté de l'appéhension d'être incapable de l'exécuter et des conséquences redoutables que mon incapacité peut avoir pour l'intérêt général et pour moi... Cette peur de ne pouvoir tenir mon sang-froid, cette peur que toutes mes facultés ne s'éclipsent à la fois me met constamment dans la détresse et le désespoir... Je tremble agité de frissons devant un supérieur : être à la disposition d'une autorité sourde et aveugle, moi pauvre être sans volonté, à la merci de gens exigeants aux dernières limites qui peuvent demander ce qui leur plaît et pour la durée qui leur plaît, moi toujours faible et tendre. Cette situation est la pire des souffrances, c'est une douleur aiguë et profonde qui s'aggrave chez moi chaque jour : je suis comme un chien qui a perdu son maître... et cette abominable maladie n'est comprise par personne et n'excite aucune compassion. » L'inintelligence complète de la discipline, la mauvaise adaptation au milieu militaire sont évidentes, il s'agit d'un homme qui ne sait ni commander, ni obéir dans un milieu où il faut sans cesse commander ou obéir ; il se fatigue par des excès de zèle inutile, il ne sait pas et ne veut pas se faire aider, il a peur des changements rapides auxquels il ne pourra pas s'adapter assez vite, il ne sait pas vivre au jour le jour dans les alertes perpétuelles : « rien n'est définitif dans ce métier-là ».

Les luttes, les dangers. — Les luttes de toutes espèces dans les familles et dans le milieu professionnel, les batailles, les procès amènent également les bouleversements les plus graves. Ub., h. 44, semble n'avoir qu'une obsession et une phobie bien simples. Il a « la peur d'une maladie qui l'empêche d'uriner facilement à son gré », il a la terreur d'un rétrécissement urétral qui l'oblige à être sondé, « ce qui serait le dernier des supplices ». Il n'y a d'ailleurs pas la moindre raison de supposer une maladie de ce genre et il s'agit uniquement d'une obsession hypocondriaque qui a été assez grave pour nécessiter son séjour dans une maison de santé et pour le rendre très malade pendant deux ans. Qui se douterait que cette singulière terreur est la conséquence directe d'une querelle de famille et d'un long pro-

cès qu'il a dû tenter à son frère, son associé dans une maison de commerce. Les inquiétudes, les attentes continuelles, les insomnies déterminées par ce procès l'ont fortement déprimé, puis ont déterminé des manies de pollakiurie et se sont peu à peu localisées sur une ancienne crainte de jeunesse.

On pourrait énumérer ici tous ces malades que j'ai si souvent décrits qui sont affolés parce qu'ils ont une querelle avec un ami, avec un domestique ou avec le concierge de la maison : « Je ne peux pas vivre, si je sens qu'il y a autour de moi quelqu'un qui ne m'aime pas. » La plupart des névroses hypocondriaques se développent à propos du danger d'une maladie réelle ou imaginaire contre lequel il faudrait lutter.

La mort des parents. — Il est inutile de rapporter ici de nouvelles observations des troubles provoqués par la mort des proches parents : les exemples sont innombrables et j'en ai déjà analysé un grand nombre. Mais il est utile de revenir encore à ce propos sur une observation psychologique fondamentale, c'est que les troubles rattachés vaguement à l'émotion de la douleur morale sont en réalité produits par le même mécanisme que tous les troubles précédents. La mort d'un parent transforme le milieu dans lequel le sujet vivait, rend inutiles et brise un grand nombre de ses tendances antérieures, le met en présence d'une situation nouvelle qui exige impérieusement de nouvelles adaptations et ce sont les désordres dans ce travail d'adaptation que nous appelons « les émotions de la mort des parents ». J'ai déjà fait cette analyse à propos de la maladie d'Irène¹, il serait facile de la répéter pour bien d'autres malades. Ne prenons qu'un exemple d'un genre tout différent.

Zoé, f. 26, qui tient de son père une volonté faible, qui a toujours été une inquiète et une indécise, vient de perdre sa mère assez subitement. Elle se comporte au début assez correctement et courageusement, mais en réalité elle est déjà anormale, elle ne sent pas le chagrin, elle s'agite trop, elle reçoit et elle fait trop de visites, elle se détache trop de son enfant, etc. Après cinq ou six semaines, elle tombe dans un état de dépression grave avec

1. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de psychologie normale et pathologique*, septembre 1904. *État mental des hystériques*, 2^e édition, 1911, p. 507.

obsessions de toute espèce. Un phénomène curieux qu'elle présente à un haut degré pourrait être appelé le phénomène de l'*accrochage*. A propos de petits incidents quelconques elle essaye une action qui ne réussit guère et alors son esprit s'accroche pour ainsi dire à cet incident et au regret de cette action manquée, il ne peut plus en sortir : « J'ai eu ce matin le désir de quelque chose et j'ai demandé qu'on me la donne. C'était très beau de ma part d'avoir un désir, car je suis maintenant indifférente à tout. Si on me l'avait apportée tout de suite, j'aurais été émue, j'aurais pu pleurer et j'aurais été guérie tout de suite, quel malheur qu'on ne m'ait pas écouté ce matin ! » et elle répète cette phrase sur tous les tons des centaines de fois par heure, toute la journée, sans pouvoir rien faire d'autre, sans savoir ce qui se passe, complètement accrochée à ce point de la matinée qu'elle n'arrive pas à dépasser. Il en est de même pour toutes sortes de petits incidents : Zoé est restée une fois accrochée pendant six semaines à un regret de ce genre. C'est là une des origines de l'obsession qui se constitue par plusieurs mécanismes différents. Cette malade est restée près de deux ans dans un état de dépression grave déterminé par l'épuisement après la mort de sa mère.

Les fiançailles, les mariages. — Les accidents déterminés par les divers événements de la vie génitale sont aussi fréquents et aussi graves que les précédents. J'ai déjà bien souvent décrit les troubles déterminés par l'apparition des désirs dans la puberté morale vers 17 ou 18 ans, par la révélation du sexe, par la séduction, par les excès sexuels, etc. Insistons encore sur les maladies des fiançailles et du mariage où le rôle des troubles de l'action est bien caractéristique. Dans toutes les psychoses qui apparaissent à l'occasion des fiançailles on observe d'un côté des phénomènes secondaires ou des phénomènes de dérivation, obsessions, agitations physiques ou morales, angoisses, et de l'autre une hésitation, une indécision, des oscillations à propos de l'acte projeté. Les malades et leur famille ont presque toujours une disposition à expliquer les seconds par les premiers et à dire que le malade hésite parce qu'il est malade et parce qu'il a des obsessions, j'ai essayé de démontrer que c'est là une illusion et que cette hésitation constitue le trouble principal. Lym., h. 27, passe son temps à renvoyer puis à reprendre sa

maitresse qu'il doit quitter avant de se marier. Cht., f. 22. écrit alternativement à son fiancé des lettres d'amour ou des lettres de rupture. Le plus souvent l'oscillation se passe dans la pensée sous forme de langage intérieur. X. répète toute la journée que sa fiancée est parfaite et qu'il l'adore, puis qu'elle a un trait dur dans la figure qu'il ne pourra jamais supporter. Zoé, f. 22. quelques années avant la mort de sa mère, a présenté pendant plus d'un an une grave crise de dépression mentale avec accidents de toute sorte et énorme amaigrissement parce qu'elle était demandée en mariage par un jeune homme qu'elle aimait et attendait depuis longtemps. « Cette demande, dit-elle, s'est faite trop tard, à un mauvais moment, quand elle ne savait plus si elle l'aimait ou si elle ne l'aimait pas. » Tantôt elle reconnaissait qu'elle l'aimait beaucoup et qu'il lui convenait de tous points, tantôt elle craignait de le détester et de le frapper à coups de couteau. Les hésitations de ces malades manifestent l'insuffisance d'une certaine action, la lenteur ou l'absence d'une réaction particulière réclamée par les circonstances et il s'agit encore d'une dépression par épuisement.

Si cet acte des fiançailles a été accompli correctement, le mariage se fera sans grandes difficultés, c'est ce qui est arrivé chez Zoé qui après avoir été fort malade dans ses fiançailles se rétablit et se maria ensuite sans aucun trouble. Mais il est bon de savoir que le mariage peut être matériellement accompli, en général, par la poussée des familles plutôt que par l'action des intéressés, sans que cette action spéciale ait été faite. C'est ce qui explique que certains sujets n'ont présenté que peu de troubles ou les ont dissimulés pendant les fiançailles et deviennent gravement malades après le mariage, quelquefois même assez tard. Une femme a reculé cette crise d'indécision pendant six ans : elle a déjà trois enfants quand elle finit par avouer qu'elle hésite encore à accepter définitivement son mari : « Il faudrait pourtant que je sache si c'est lui que j'épouse définitivement, j'ai toujours remis à plus tard cette décision trop difficile ; j'ai laissé faire les fiançailles, le mariage à la mairie, le mariage à l'église ; j'ai vécu avec lui indécise et inquiète en me disant toujours que je verrai bien plus tard. Cela m'a toujours rendu malheureuse et malade, maintenant je ne peux plus le supporter. »

D'ailleurs le mariage lui-même exige encore des actes particuliers qui se surajoutent aux actes précédents et il peut fort bien

amener des troubles spéciaux. Il y a d'abord dans le mariage l'acte physique génital ; mais ce n'est pas un acte génital quelconque, c'est cet acte dans des conditions spéciales avec une personne déterminée et il ne faut pas croire que ce soit là un détail indifférent. Un homme qui s'est montré suffisant avec sa maîtresse n'est pas du tout assuré d'être à la hauteur de la situation avec sa jeune femme, et il ne faut pas oublier ces femmes qui ont du vaginisme irréductible avec leur mari et qui n'en ont pas avec leur amant : c'est à ce propos que nous voyons apparaître chez les hommes et même plus souvent qu'on ne le croit chez les femmes les spasmes, les contractures, les angoisses, les phobies, les scrupules, les délires de toute espèce. Rappelons seulement les sentiments et les scrupules bizarres des hommes ou des femmes qui se croient anormaux, qui se font des reproches cruels, parce qu'ils se sont mariés sans amour, ou de ceux qui, au lieu de s'accuser eux-mêmes, accusent leur partenaire : « Ma femme est trop froide, elle m'intimide et m'enlève tous mes moyens..., c'est une morte que j'ai dans les bras, elle me fait peur..., elle doit être mal bâtie et anormale... » et ils traînent leur malheureuse épouse dans toutes les cliniques pour la faire examiner et réformer.

Dans bien des cas, ces troubles délirants peuvent devenir très graves et il ne faut pas que le médecin les ignore. J'ai déjà rapporté à ce propos l'observation caractéristique d'une jeune femme de 26 ans, L^o. Cette jeune fille, psychasténique depuis longtemps, se plaignant de vivre toujours dans un état de rêve et de souffrir de la peur de vivre a été imprudemment fiancée en vertu de cette opinion absurde que le mariage guérit les névroses. Elle a présenté une période d'excitation pendant les fiançailles et on la crut bien guérie. Elle devient déjà plus inquiète avant le mariage et la nuit de ses noces essayant en vain de se rapprocher du mari, elle a des peurs et des angoisses et elle finit par s'enfuir affolée chez ses parents. Il en est résulté un état grave de dépression avec crises d'obsessions qui a duré de longs mois. Heureusement pour elle un divorce lui a épargné de nouvelles tentatives qui auraient pu avoir des résultats encore plus désastreux. Dans trois cas en effet, j'ai vu ces phobies matrimoniales s'aggraver, déterminer des délires fort graves et nécessiter des internements prolongés.

Dans tous les cas de ce genre on voit bien l'insuffisance de l'acte, on constate l'impuissance complète ou le coït incomplet

sans jouissance, sans terminaison par la détente : ce sont de bons exemples pour étudier le mécanisme des troubles consécutifs à l'insuffisance de l'action. Mais dans d'autres cas, les choses semblent moins simples parce que l'acte physique du mariage semble être accompli correctement et que cependant des troubles analogues se produisent. C'est qu'il s'agit d'une autre action, d'un acte d'adaptation morale à la vie de ménage que l'on n'a pas l'habitude d'étudier suffisamment et qui est aussi important que le premier.

J'ai recueilli une vingtaine d'observations bien curieuses de jeunes gens ou de jeunes femmes qui tombent dans des troubles psychasténiques graves quelques mois après leur mariage. Les accidents de ces malades paraissent bien différents les uns des autres : les uns présentent des doutes : « Est-ce que je l'aime ou est-ce que je le déteste », les autres des phobies comme la phobie si bizarre « des yeux de sa femme », les autres des obsessions de toute espèce. Celle-ci a des obsessions de jalousie « à propos des maîtresses blondes que le mari a eues certainement avant le mariage », celui-ci a l'obsession « des opinions politiques de son beau-père bien différentes de celles qui ont toujours été en honneur dans sa propre famille », celle-là a l'obsession qu'elle a fait un mariage déshonorant parce que son mari a fait autrefois une communion sacrilège, etc. Tous ces accidents ne sont différents qu'en apparence : il s'agit toujours d'une dépression causée par la lutte contre une situation morale difficile. L'effort d'adaptation au caractère du conjoint, l'organisation d'un certain degré d'intimité et l'épuisement qui en résulte me paraissent être les points de départ de tous ces troubles aussi fréquents que singuliers.

À toutes ces difficultés morales il faut ajouter les difficultés matérielles, pécuniaires et sociales contre lesquelles ont à lutter les jeunes ménages. Dm., f. 30, a dû pendant des années défendre son mari contre ses propres parents, l'aider à se faire une situation et organiser le ménage dans des conditions difficiles. C'est quand elle a réussi, quand elle n'est plus soutenue par l'excitation de la lutte qu'elle succombe à la fatigue. Elle devient lente, indifférente, incapable de se reposer aussi bien que d'agir et affolée à la pensée de tout ce qu'elle aurait à faire. Les dépressions et les obsessions viennent après l'épuisement déterminé par une longue lutte et par des efforts prolongés.

Ces quelques exemples rapidement résumés peuvent nous faire comprendre comment l'organisation morale et matérielle d'un ménage doit être considérée comme sur des actions les plus difficiles et les plus épuisantes et nous expliquer pourquoi elle joue un rôle si considérable dans l'écllosion des névroses.

Les séparations, les ruptures. — Si les mariages rendent malades, il ne faut pas croire que leurs ruptures aient lieu sans accidents. La mort d'un des époux détermine des troubles analogues à ceux que nous avons vu après la mort des parents, les exemples en sont bien connus. « J'ai mis quinze ans à m'habituer à ma femme et quand je ne peux plus me passer d'elle un instant, elle s'avise de mourir et de me laisser seul, n'est-ce pas indigne ! »

Les infidélités, les partages d'affection, les amours secrètes amènent bien des complications, des difficultés, des hésitations et à leur suite naturellement bien des troubles : « Comment choisir entre le mari et l'amant ? Il est inocupé, bon à rien, absurde, brutal, et lui, cette nature d'élite, de droiture capable pour moi de faire des crimes... Mais j'ai besoin de mon mari, il a la fortune, il me manquera, il se mêlait de tout, commandait tout, je ne saurais rien faire sans lui... Comment renoncer à l'autre, il est capable de se tuer si je l'abandonne... Et ma petite fille que je ne puis laisser, etc... »

Que de désespoirs et de maladies dépressives quand des liaisons sont rompues : « J'avais placé en lui tous mes sentiments religieux, j'en avais fait mon Dieu... Il y avait entre nous intimité d'âme et nous étions nimbés d'idéal... J'ai toujours eu le besoin d'aimer avec vénération et de sentir le désir autour de moi... Que voulez-vous que je devienne maintenant, comment vivre sans tendresse, sans abandon, sans pouvoir dire à quelqu'un vous êtes mon Christ d'ivoire. » Dans ces ruptures il faut s'habituer à vivre seul, ce qui réclame une adaptation difficile ou chercher une nouvelle liaison ce qui est aussi un travail. Une femme divorcée fort intelligente se rendait bien compte du travail qui s'imposait pour sortir de la dépression : « Construire une nouvelle vie, bâtir de nouveaux amours c'est facile à dire, mais c'est un bien gros travail. L'amour on ne le sait pas assez est un effort : plaire, conquérir, garder, agir dans l'amour demande des efforts, des surmontages de scrupules, de doutes, de lassitudes, d'écœu-

rements. Pour que cet effort soit caché par le plaisir, pour que le bonheur rende l'effort une joie de plus il faut que l'excitation soit plus grande que l'effort... Pourquoi suis-je toujours dans ma solitude malgré mon besoin d'affection, c'est parce que j'ai toujours vu cet effort et qu'il m'a arrêtée. »

L'éducation des enfants, la vieillesse. — Le ménage est à peine constitué que de nouvelles difficultés vont surgir : que de troubles nerveux, que d'angoisses amènent les premiers signes de la grossesse, même dans les ménages légitimes. « Tout m'irrite dans cette grossesse, ma belle-famille la désire et cela m'humilie de faire plaisir aux gens que je déteste. » Que de névroses à propos de grossesses clandestines, de grossesses dissimulées ou de tentatives d'avortement. L'excitation vitale déterminée par la grossesse contrebalance cette influence déprimante et les névroses sont plus rares dans les derniers mois de la grossesse. D'ailleurs nous retrouvons encore à ce propos l'importance de l'évolution du temps dans toutes les situations : quand la grossesse s'avance les parents ont eu le temps d'accepter la situation, c'est-à-dire de s'y adapter.

La naissance des enfants, l'accouchement, l'allaitement sont des occasions pour beaucoup d'accidents névropathiques par les épuisements qu'ils déterminent. Mais plus tard nous retrouvons des dépressions du même genre à la suite des actions difficiles et des responsabilités dans l'éducation des enfants. Il est inutile de décrire encore les jeunes mères affolées à la pensée qu'elles peuvent faire ou qu'elles ont fait du mal à leur petit enfant, tourmentées par l'idée de le noyer dans son bain ou de le plonger dans la chaudière. A côté de ces obsessions banales on trouve chez le père ou chez la mère des troubles mentaux plus singuliers toujours déterminés par l'épuisement que produit l'éducation des enfants et le fardeau de la responsabilité : « J'ai toujours eu peur pour moi-même, dit Zbs., h. 42, et maintenant je reporte toutes mes peurs sur mes pauvres enfants et je me figure qu'ils vont être enterrés vivants. . J'en arrive à ne plus pouvoir faire aucun acte, même pas me faire couper les cheveux sans croire que cela aura une répercussion terrible sur ceux que j'aime. » Daniel, h. 40, pousse ces troubles à l'extrême : il est sans cesse tourmenté par la pensée des responsabilités dans l'éducation de ses enfants ; il a peur du moindre bonheur car il pourrait être

compensé par un deuil dans sa famille : il n'ose faire le moindre projet, car ce projet pourrait irriter quelque pouvoir occulte et amener un malheur pour ses enfants. C'est ainsi qu'il est obligé de renoncer à toute démarche utile, à toute action même très simple : « J'ai commandé des chemises et je suis obligé malgré le ridicule d'aller les décommander, parce que je pense que je les aurai sur moi le jour de l'accident. Je renonce à tout, je ne puis même plus lire : si en lisant les premières lignes d'un livre j'ai l'idée qu'il peut arriver malheur à mes enfants, cela produit une impression lugubre qu'il faut effacer en reprenant la lecture avec des idées de confiance et d'espérance et je passe des soirées entières à essayer de reprendre dans de bonnes conditions ces deux lignes qui m'ont arrêté... Comment arriver de la sorte à conserver ma famille, à élever mes enfants. »

Il est facile de comprendre que toutes les périodes de la vie des enfants, leurs maladies, leur puberté, leur première communion rappellent aux parents en les compliquant les problèmes qu'ils avaient déjà rencontrés eux-mêmes au même moment : bien des femmes font une crise de scrupule quand leurs enfants font leur première communion. L'événement le plus grave est le mariage des enfants : dans cinq observations des femmes sont devenues gravement malades, ont eu de grandes crises de doutes et de scrupules au moment du mariage de leur fille comme elles les avaient présentées vingt ans auparavant à propos de leur propre mariage. Le fait se présente également chez des hommes et Wke., h. 50, fait une grande crise de dépression à propos du mariage de sa fille.

Le ménage des enfants quand il est constitué ramène de nouvelles difficultés : Lox., f. 50, est mécontente de sa belle-fille et de son ménage, elle est surtout inquiète sur l'attitude qu'elle doit prendre elle-même et sur la manière dont elle doit jouer son rôle de belle mère. « Je voudrais, dit-elle, être moins froide avec elle, mais je ne le peux pas. C'est une étrangère qui entre dans la famille, cela dérange tout, il me faudra supporter aussi les visites de ses parents, des gens assommants que je ne connais pas, quelles complications ! » Au fond elle sent très bien qu'elle est dans un monde trop compliqué pour elle, elle ne peut pas suivre les plaisanteries, elle déteste les conversations rapides qui lui donnent le sentiment de son infériorité, elle ne peut faire que des critiques car c'est seulement par la critique que se manifeste

son attention. Aussi a-t-elle de nouveau à propos du mariage de son fils son idée fixe de l'injustice de la société, son obsession de changer le monde, de l'organiser à sa manière.

Les enfants une fois mariés, le calme ne revient pas forcément, car les parents se trouvent isolés, ce qui détermine un changement et demande encore une adaptation pénible. La cessation du travail, la retraite proposent des problèmes du même genre et nous nous trouvons enfin en face de toutes les dépressions de la vieillesse. Ces dépressions tiennent à bien des causes : mais plus souvent qu'on ne le croit, elles se rattachent encore à des difficultés de la vie et de l'action : « Je ne sais pas plus être vieux que je n'ai su être jeune », disait un excellent vieillard qui toute sa vie avait souffert de la timidité et de la dépression mentale.

C'est ainsi qu'à toutes les étapes du chemin de la vie se présentent des pentes à gravir, qu'à chaque montée pénible la voiture accroche et que se manifestent les insuffisances et les défaillances du pauvre voyageur.

5. — LES DÉPENSES DANS LES ACTIONS ÉPUIISANTES.

Cette énumération des circonstances et des actions qui ont déterminé des épuisements devrait nous amener à des conclusions générales sur les caractères de ces actions épuisantes afin de nous permettre de les reconnaître et de les éviter.

Sans doute la meilleure réponse à ce problème devrait être une réponse physiologique qui mesurerait la dépense de force ou, si l'on veut, de fluide nerveux dans les diverses actions et qui caractériserait les divers actes par la quantité de cette dépense. Les auteurs qui se sont rattachés à la conception de Weir Mitchell seraient disposés à envisager le problème à ce point de vue : ils parlent de l'épuisement des cellules nerveuses et essayent de construire une théorie anatomo-physiologique de cet épuisement. Malheureusement ces théories en l'absence complète d'études anatomiques et histologiques, en l'absence complète d'expériences physiologiques ne sont pas autre chose, comme je l'ai souvent répété, que des traductions en un langage pseudo scientifique des observations psychologiques.

Puisque nous devons nous borner à exprimer les observations cliniques telles qu'elles se présentent, c'est-à-dire en termes psy-

chologiques, nous devons simplement rechercher quelques caractères communs présentés par toutes ces actions qui ont été suivies d'épuisement. Les auteurs qui veulent traiter les névropathes par le repos complet au lit semblent considérer la dépense des mouvements musculaires comme la cause essentielle de la dépression et ils admettent que certaines circonstances sont dangereuses parce qu'elles exigent une grande activité motrice. Il y a là sans doute une partie de la vérité : nous avons constaté des dépressions après des excès de mouvements et nous avons rappelé les études de Tissié sur la dépression des coureurs de bicyclette. Parmi les actions énumérées précédemment on peut admettre que des fatigues de ce genre interviennent dans un certain nombre de dépressions professionnelles, qu'elles jouent un rôle chez ces femmes qui s'épuisent à faire admirablement leur ménage. Une crise de dépression me semble avoir été en rapport avec une occupation qui obligeait le malade à se tenir debout plusieurs heures de suite tous les jours. On retrouve quelquefois cette même fatigue physique dans la vie mondaine ou dans la vie scolaire, dans les voyages, dans les luttes, dans les excès sexuels, dans les accouchements, dans l'éducation des jeunes enfants. Il est donc exact que la fatigue puisse être quelquefois entendue de cette manière et que la quantité, la force, la durée des mouvements doivent jouer un rôle dans certaines actions épuisantes et déprimantes.

Il ne me paraît pas possible de pousser bien loin cette interprétation. Déjà en 1903 j'ai discuté une hypothèse analogue quand je cherchais de quelle manière on devait comprendre l'abaissement de la tension psychologique¹. Je me suis demandé si cet abaissement consistait dans la diminution des sensations ou dans la diminution des mouvements proprement dits. Les individus déprimés, en dehors bien entendu de ceux qui présentent des troubles cachectiques, ne me paraissent pas avoir perdu la force physique des mouvements par le seul fait de leur dépression. Bien entendu il ne faut pas essayer de vérifier leur force par des expériences dynamométriques ou par des mouvements commandés dans lesquels se présentent des efforts, des actes d'obéissance que ces malades exécutent toujours très mal. Il faut se borner aux observations faciles que l'on peut faire à leur insu.

1. *Obsessions et psychasténie*, 1903, I, p. 199.

il est banal de constater la violence de leurs mouvements de défense et de leurs résistances. Ces déprimés dont le bras tremble quand on leur demande d'étendre la main frappent violemment leurs gardes ou brisent des meubles quand on veut les faire manger ou les faire s'habiller. Ils se promènent de long en large comme des bêtes fauves ou crient pendant des journées entières. Toutes les observations sur les contradictions de ces malades notées par Dubois ou par Déjerine, qui ne sont pas toujours exactes quand on les applique aux actes de ces malades, me semblent justes quand on les applique à leurs mouvements proprement dits.

D'autre part, il est facile de constater que de grandes dépenses de mouvement, de grands épuisements musculaires ne produisent que rarement la dépression psychologique. Ce fait a déjà été bien constaté par des observations sur l'homme normal : les mouvements simples, élémentaires quand ils sont très répétés arrivent sans doute à déterminer de la fatigue, mais très lentement et cette fatigue n'est pas grave. M. de Fleury parlant des coureurs de bicyclette fait observer que Terront quand il a couvert mille kilomètres en 42 heures consécutives a dû donner plus de 300 000 coups de pied et qu'il n'avait guère de fatigue parce que le muscle seul et la moelle épinière étaient en cause ; la fatigue, ajoute l'auteur, doit être un fait cérébral et psychique¹.

Enfin il est évident que nous ne retrouvons pas cet épuisement par excès de mouvements dans un grand nombre des observations précédentes. Les conduites religieuses ou mondaines, les luttes au cours d'un procès, les hésitations à propos des fiancailles, les adaptations matrimoniales ne nous présentent vraiment pas de fatigues physiques excessives. Ce qui a épuisé nos malades, c'est la préparation des vacances et des voyages plutôt que la marche qu'ils n'ont pas faite. Plusieurs d'entre eux étaient déprimés par les tentatives de repos et de flânerie plutôt que par la marche indéfinie dans laquelle ils se complaisaient. Le changement des lieux et des personnes a joué souvent un plus grand rôle que le voyage lui-même et Gt., h. 30, qui a des impressions si lugubres quand il est tranquillement assis dans un hôtel loin de Paris est tout à fait à son aise quand il conduit une automobile toute la journée dans les rues de Paris. Le travail matériel de E.j., t. 21,

1. De Fleury, *Introduction à la psychologie de l'homme* (1877), p. 162 (L. Morel).

ou Wkx., h. 29. quand ils tiennent une petite caisse ou quand ils écrivent un article de journal n'est pas bien grand. On ne peut pas dire que Francis avait moins de travail matériel quand il était simple soldat, ce qui ne l'épuisait pas, tandis qu'il a été épuisé à la pensée de commander à quelques hommes. Le fardeau des responsabilités joue le plus grand rôle dans les dépressions causées par l'éducation des enfants et les muscles ne sont chargés que par métaphore. En un mot, tout en accordant un rôle important à la quantité des mouvements dans la genèse des épuisements, nous devons reconnaître que la qualité même des actions, leur nature psychologique doit intervenir plus souvent encore et d'une manière plus importante.

Nous trouverons plus facilement le point de départ de ces épuisements en nous plaçant à un autre point de vue, en considérant le travail d'adaptation et la nature des actes qui sont demandés au sujet par les circonstances dans lesquelles il est placé. Dans la liste des circonstances qui ont été l'occasion de troubles graves nous avons remarqué l'importance des changements de milieu, des changements de situation. L'entrée dans les écoles, les déménagements, les mariages, les ruptures, les morts des proches réclament toujours la même conduite, une adaptation à une situation nouvelle qui va dorénavant se prolonger. Cette adaptation consiste dans l'organisation et l'activation d'un certain nombre d'habitudes et le problème posé par les circonstances est celui de la création de tendances nouvelles.

Il semble que ce soit là une pierre d'achoppement pour nos malades qui sont bouleversés par ces changements, qui sont épuisés par les efforts pour s'y adapter et qui ne parviennent à cette adaptation, quand ils y parviennent, qu'après un temps énorme. Leurs souffrances dépendent toujours d'une insuffisance de l'action nouvelle nécessitée par les modifications du milieu. Dans les changements de métier on constate de véritables incapacités professionnelles : Mea. fait mal son métier de domestique et n'arrive pas à l'apprendre, de même que Nebo. n'arrive pas à acquérir les habitudes professionnelles d'un commerçant : « Le moindre employé est plus capable que moi et fait bien en cinq minutes ce que je mets des heures à faire mal. Je fais des vérifications à l'infini et je ne suis pas précis, c'est là ce qui m'épuise ».

Ej. travaillait à sa caisse d'une manière ridicule, elle hésitait pour écrire un mot et repassait chaque lettre indéfiniment. Wkx. est beaucoup trop timide et consciencieux pour faire un travail rapide de journaliste, il remarque bien lui-même qu'il ne sait pas travailler comme ses confrères et qu'en voulant faire mieux il en arrive à ne pouvoir rien faire. Ce sont les difficultés réelles de la profession quelle qu'elle soit qui arrêtent tous ces malades et qu'ils n'arrivent jamais à surmonter.

Nous pouvons rattacher à la même maladresse les troubles si nombreux que nous avons constatés au début de l'organisation des nouveaux ménages. Il s'agit dans certains cas d'une sorte d'impuissance psychologique chez des individus qui ne sont pas capables d'adapter la fonction sexuelle à une circonstance particulière, à la présence près de soi d'une personne déterminée. Dans d'autres cas il s'agit d'hommes trop âgés, célibataires endurcis, comme Kvo, qui se marie à 60 ans et qui sont incapables de s'adapter à la vie de famille.

Je n'insiste que sur un seul exemple parce qu'il nous fournit une jolie observation psychologique. Vy., h. 25, est un de ces malades dont nous venons de parler qui tombe dans une crise grave de dépression avec obsessions quelques mois après son mariage. Il est constamment obsédé par une pensée qui semble bien insignifiante, la pensée qu'il y a une différence entre les opinions politiques de sa femme, de la famille de sa femme et celles qui ont toujours été en honneur dans sa propre famille. Cette pensée le torture jour et nuit, lui enlève le sommeil, détermine un amaigrissement énorme et le met au dernier degré de la faiblesse et du désespoir. « Il a fait là quelque chose d'effrayant et d'irréparable en épousant une femme qui accepte des opinions de ce genre et quoiqu'il rende pleine justice à l'honorabilité de cette famille il s'accuse de s'être déshonoré en y pénétrant. »

Pour comprendre un trouble mental de ce genre il faut remonter en arrière et analyser un peu plus le caractère de ce jeune homme. Très intelligent, mais peu actif, toujours de volonté faible, il a toujours eu les sentiments caractéristiques des psychasténiques, il se défiait de lui-même et désirait constamment être dirigé et soutenu; il désirait comme tous ces malades rencontrer une affection dévouée qui lui épargnerait les efforts de la vie et, comme « il aspirait au définitif, il rêvait une affection solide et invariable sur laquelle il put se reposer pour toujours ». Malheureusement

ment il n'a jamais réussi à rencontrer l'affection qu'il désirait, quoiqu'il fut aimable et digne de la mériter, mais il était en réalité timide malgré des affectations de hardiesse et il ne savait pas exprimer ses sentiments ni se faire aimer. Il pouvait facilement établir des relations sociales superficielles mais il était extrêmement lent pour les approfondir : « Il me faut des années et des années pour m'habituer un peu à une personne que je ne connais pas et je n'arrive jamais à l'intimité. J'ai des amis qui me font leurs confidences et cela m'étonne toujours, car moi je ne puis jamais leur faire les miennes. » De tels caractères sont fréquents et les médecins devraient bien les connaître. Vy. ne souffrait pas trop de ce défaut d'intimité, car il se consolait par une illusion naïve, en se répétant qu'il trouverait un jour très facilement et du premier coup dans le mariage l'affection complète et intime qu'il espérait.

Le mariage vint et son intelligence est forcée de convenir qu'il est excellent, mais, déception cruelle, l'intimité ne vint pas. D'ailleurs, il faut en convenir, l'intimité morale présente ici quelques difficultés à cause du caractère un peu sérieux et froid de la jeune femme. Les difficultés seraient aisément surmontées par une personne un peu habituée aux relations sociales, un peu habile dans l'expression des sentiments et surtout un peu patiente, capable de comprendre que l'intimité entre deux êtres qui se connaissent peu quoiqu'ils s'aiment est un fruit qui mûrit lentement. Vy. fut stupéfait de constater qu'il était encore moins intime avec sa femme qu'avec ses amis d'enfance, il fit plus d'efforts qu'il n'en avait jamais fait et fut tout étonné de la fatigue qui en résultait : « C'est ridicule, je suis épuisé de fatigue quand je reste seul à causer avec ma femme, les dimanches passés ensemble à la campagne sont odieux ; je ne me repose un peu que si je dine sans elle dans ma famille, n'est-ce pas extraordinaire. » Ces efforts et cet épuisement augmentent la dépression et rendent encore plus vif le besoin d'affection et de direction et la déception causée par le manque d'intimité : « Je souffre cruellement, je sens bien que nous jouons la comédie de l'amour, que nous jouons une comédie perpétuelle de gaieté et d'intimité qui n'existe pas. Nous vivons ensemble, nous sommes unis matériellement et c'est tout. Il y a quelque chose d'essentiel que je ne peux pas lui communiquer et qu'elle ne peut pas me communiquer. J'ai rêvé une femme sur laquelle j'agisse et qui agisse sur

moi, une femme triste que je console ou une femme gaie qui me console, avec qui je sois à cœur ouvert. Eh bien, il y a une barrière, une gêne entre nous, elle n'a aucune action sur moi ni moi sur elle. Elle est raide, elle ne me comprend pas, il ne faut pas que je la taquine. Loin de pouvoir me laisser aller devant elle je suis obligé de me surveiller, de faire attention à ce que je dis, alors autant vaut être près d'un étranger. Je vois bien que je ne pourrai pas être dirigé, ni réconforté par ma femme, il faudra que je continue à me suffire à moi-même, à décider pour tout; quand j'aurai des enfants j'aurai encore plus de décisions à prendre moi-même, je vais après mon mariage avoir des charges de plus et j'étais convaincu que je n'en aurais plus aucune. Quel malheur de ne pas pouvoir s'appuyer l'un sur l'autre. »

L'esprit a besoin de s'expliquer ou, si l'on préfère, de formuler d'une manière intelligible les troubles dont il souffre; les délires ne sont souvent que des formules, des symboles qui expriment un trouble plus profond de l'activité, et, plus on est intelligent, plus on a besoin de délirer. Sans doute un moraliste aurait exprimé assez simplement les troubles de ce jeune homme, il aurait dit qu'il était timide, maladroit pour exprimer les sentiments et pour les faire exprimer et surtout qu'il était trop pressé, qu'il analysait trop anxieusement une situation banale qui se modifierait tout naturellement après un peu de temps. Mais Vy. ne fait pas de psychologie et il conclut rapidement: « Je sais ce qui fait notre malheur, c'est qu'il y a entre ma femme et moi une différence radicale qui nous sépare définitivement l'un de l'autre. » Cette différence, son orgueil aime mieux l'attribuer à un défaut de la belle famille qu'à sa propre insuffisance et l'on voit venir l'idée fixe des opinions politiques et l'obsession du mariage déshonorant.

Dans les cas précédents il s'agissait de l'organisation de l'intimité et de l'adaptation à la vie en commun, dans d'autres cas, après les séparations, les ruptures, les morts il s'agit du problème inverse: il faut s'habituer à vivre seul sans la compagnie d'une personne déterminée. Lydia, comme je l'ai dit, était née jumelle et avait toujours vécu inséparable de sa sœur, portant toujours le même costume, faisant toujours avec elle au même moment la même action, absolument incapable d'agir seule et d'ailleurs n'ayant jamais essayé de le faire. Imprudemment et

sans prendre aucune des précautions nécessaires la famille trouva bon de marier la sœur jumelle la première. Ce fut pour Lydia un coup horrible : elle essaya de dissimuler son chagrin et de s'accoutumer à vivre seule. Mais vivre seule, agir seule, avoir de l'initiative quand on est isolée c'est là une action tout à fait spéciale, d'un niveau élevé, qui s'est développée tardivement et qui d'ailleurs a joué un rôle psychologique important en devenant le point de départ des idées d'unité et de liberté. Lydia en est bien incapable, elle ne sait même pas dormir seule dans une chambre et elle passe la nuit à se rouler par terre ou à sangloter sous ses draps ; elle ne sait plus manger à une table où sa sœur n'est pas ; elle ne parvient à exécuter aucune action correcte en l'absence de sa sœur, car toute action semble arrêtée par des pleurs, des scrupules, des ties, des angoisses. Elle tombe rapidement dans une très grave maladie psychasténique qui durera des années. Zoé, f. 26, comme nous l'avons vu, présente après la mort de sa mère des troubles graves de la volonté. Le point de départ de tous ces troubles est une difficulté de l'action produite par la mort de sa mère dont elle se rend bien compte et qu'elle explique fort bien. Faible et indécise comme elle l'était, elle avait pris l'habitude d'obéir complètement à sa mère, de se laisser complètement diriger par elle et la mère d'ailleurs passablement autoritaire avait favorisé le développement de cette tendance. Sans doute quand elle se portait bien, Zoé était capable de faire indépendamment de sa mère quelques actes et de prendre seule quelques décisions peu importantes, mais elle savait que sa mère était là, qu'elle pouvait se tourner vers elle à la moindre difficulté et cela lui donnait confiance. Elle ressemblait à ces personnes qui commencent à nager, qui se tiennent bien sur l'eau pendant un court trajet, mais qui ont besoin de voir devant elles la perche ou le bateau du maître baigneur et d'avoir la certitude qu'elles pourront facilement en cas d'alerte s'y cramponner. Si le bateau s'éloignait, elles se mettraient à barbotter. Après la mort de sa mère Zoé ne peut plus se conduire de la même manière, il faut organiser une autre conduite : ou bien il faut se décider à prendre confiance en elle-même et à nager seule, ou bien il faut accorder sa confiance à une autre personne, s'appuyer par exemple sur son mari, c'est-à-dire se rapprocher d'un autre bateau. Ces deux actes sont difficiles et elle ne sait faire en réalité ni l'un ni l'autre, c'est pourquoi elle barbotte et court fort le risque de

se noyer. Les maladies de l'émotion sont encore ici des maladies par inadaptation.

L'examen de quelques détails, de quelques difficultés particulières présentées par les adaptations va confirmer cette supposition. *La complexité* de la situation intervient dans bien des cas : La situation d'une femme divorcée dans un milieu profondément catholique, où l'indissolubilité du mariage est un article de foi, est déjà assez délicate : si cette femme se propose à la fois de conserver l'affection des siens et la respectabilité et si en même temps elle veut chercher des aventures et « l'amour périlleux, le seul qui fasse vivre » nous ne serons pas étonnés qu'elle s'empêtre dans des complications inextricables et qu'elle s'y épuise, c'est ce que nous montre d'une manière intéressante l'observation d'Héloïse.

Vok., h. 27, habitant chez ses parents a installé à leur insu une maîtresse dans un petit appartement tout voisin. Il veut la rendre heureuse et honnête, il s'est mis en tête « de relever un ange déchu » et en même temps il emprunte de tous les côtés pour payer ses fantaisies. Tout cela est beaucoup trop compliqué pour sa faible tête, il se tourmente indéfiniment, il devient incapable de rien faire et il tombe dans une agitation submaniacque très curieuse qui épouvante les parents et qui fait découvrir toute l'histoire. Il en est de même pour Wkv., jeune fille de 22 ans appartenant à une bonne famille qui tient à une tenue correcte : elle s'est laissée séduire et à l'insu de sa famille va sans cesse chez son amant ; comme elle dépense beaucoup d'argent, elle cherche à en gagner en allant en secret poser le nu chez un sculpteur. Cette vie est trop compliquée pour elle, au bout de peu de temps la voici épuisée, se plaignant que sa tête se vide et que tout est étrange autour d'elle, puis les phobies de toutes sortes se développent.

Quand il s'agit de malades déjà affaiblis antérieurement il suffit de légères complications pour rendre l'acte dangereux. Plusieurs malades tolèrent mal les actions qui exigent une station debout prolongée en raison de leur disposition à la ptose abdominale. Daniel, h. 41, peut très bien suivre une conversation s'il est seul avec son interlocuteur, il ne peut plus suivre, il est trouble et devient malade s'il y a plusieurs personnes autour de lui qui parlent en même temps. L'insiste sur ce petit détail qui a, à mon

avis, une certaine importance pratique. Je l'ai observé chez un grand nombre de malades et il faut en tenir compte quand on veut parler avec des déprimés. Il est évident par exemple que M^{me} Z. doit manger seule, elle ne peut à la fois manger et écouter quelqu'un, on la dérange trop quand on vient déjeuner avec elle. Lydia dès qu'elle est fatiguée ne peut plus faire qu'une chose à la fois, elle ne veut plus que l'on parle pendant qu'elle marche. Fn., f. 36, a peur de la moindre complication dans sa maison. Sophie ne peut tolérer des réceptions de plusieurs personnes dans sa famille : il ne s'agit pas là de manies et d'obsession des malades, nous observons réellement et souvent à leur insu l'aggravation des troubles par une complication. Fn. désire que sa mère vienne chez elle et elle est convaincue que cette visite lui fait du bien. C'est moi qui remarque qu'elle recommence immédiatement à avoir le sentiment de hâte, le sentiment qu'elle perd son temps et qu'elle ennuie tout le monde, sentiments qui sont le prélude des crises. Le trouble produit par la complexité est bien réel et indépendant de toute idée fixe du sujet.

Un autre fait joue un rôle très important, c'est *la rapidité* de la réaction. En étudiant les symptômes essentiels des psychasténiques j'ai déjà insisté à plusieurs reprises sur leur lenteur et j'ai été amené à émettre l'hypothèse qu'un de leurs troubles fondamentaux était le ralentissement de leurs réactions adaptatives¹. Une observation en particulier m'avait servi à montrer que les principaux troubles survenaient quand les circonstances exigeaient une adaptation trop rapide que ces esprits ne pouvaient pas faire. Wo. eut une dépression de plusieurs semaines parce qu'un meuble qu'elle avait acheté avait été apporté chez elle plus tôt qu'elle ne l'attendait. Je m'étonnais de ce trouble qu'elle expliquait elle-même d'une manière intéressante² : « Si j'avais vu ou entrevu par la fenêtre la voiture qui apportait le piano, si j'avais pu prévoir qu'il arriverait, si j'avais eu quelques instants pour me préparer au plaisir de le voir arriver, je n'aurais pas été malade... C'est ce que je fais toujours avant toute émotion, quand je suis un peu prévenue, je me prépare à tel ou tel sentiment, je me dis il faut être calme, ne pas m'embrouiller, ne pas

1. *Obsessions et psychasténie*, 1903, I, p. 478, 497.

2. *Ibid.*, p. 540.

faire de vœux, penser uniquement à ceci ou à cela... Quand les choses viennent trop vite, je suis malade. » Ces malades, disais-je à ce propos, sont des lents, des esprits lents, il leur faut du temps pour la décision, pour l'attention, pour l'émotion réelle surtout quand l'événement n'est pas très grave et très excitant par les tendances qu'il réveille. Quand ce temps ne leur est pas laissé, l'émotion se produit d'une manière incomplète avec prédominance des phénomènes inférieurs et elle amène à sa suite une dépression¹.

Ces remarques viennent d'être confirmées dans les études si intéressantes que M. L. Dupuis vient de consacrer à la psychologie des timides². Cet auteur prend pour point de départ la conception que j'avais proposée et qui présente l'émotion d'intimidation comme un phénomène de dérivation à propos d'une aboulie, d'une véritable apraxie sociale; mais il cherche à analyser cette apraxie sociale et à déterminer ce qui constitue pour ces personnes la difficulté principale de l'action sociale, de l'action exécutée devant le regard des hommes. En raison de l'extrême complexité de la conduite humaine et de ses changements brusques nous sommes obligés quand nous sommes en présence d'un autre homme de réagir immédiatement et d'être prêts à réagir dans toutes les directions possibles : « Il y a pour l'organisme mental réquisition impérieuse de réactions rapides, c'est tout de suite qu'il faut trouver quelque chose, l'instinct de conservation ne permet pas de temporiser... les mesures de salut ne se remettent pas³. » « La réaction de défense ne peut s'organiser que si celui qui l'effectue dispose d'un énergétisme assez souple et assez rapide pour suivre immédiatement dans toutes leurs métamorphoses la spontanéité et la mobilité essentielle de la personne qui lui fait face⁴. » La circonstance de l'urgence caractéristique des réactions sociales constituera donc une pierre d'achoppement pour les insuffisants de l'actualisation énergétique et le sujet affecté de lenteur dans l'élaboration motrice seront nécessairement des apraxiques sociaux et des timides. Pour vérifier ces conceptions l'auteur met en lumière par des enquêtes et de nom-

1. *Ibid.*, p. 341.

2. L. Dupuis, Les stigmates fondamentaux de la timidité, *Revue philosophique* 1915, p. 331, 423.

3. L. Dupuis *op. cit.*, p. 439.

4. *Ibid.*, p. 434.

breuses observations « la lenteur avec laquelle s'élaborent les réactions motrices chez les timides » et arrive à cette conclusion que la lenteur est l'un des stigmates fondamentaux de la timidité constitutionnelle. Les accidents, c'est-à-dire ici les troubles de l'intimidation, ne seront que des phénomènes de dérivation déterminés par l'insuffisance de la réaction en présence de circonstances qui réclament particulièrement une rapidité dont le sujet ne peut pas disposer.

Ces réflexions me semblent si justes que je crois utile de les étendre au delà de la timidité et de l'intimidation. Un grand nombre de troubles que j'ai décrits dans les observations précédentes apparaissent parce que les circonstances ont exigé des sujets une réaction rapide dont ils n'étaient pas capables et ne seraient pas apparus si les mêmes difficultés s'étaient présentées avec moins de soudaineté : il est facile de vérifier cette remarque dans la plupart des observations précédentes. Cq., ce jeune homme de 22 ans qui présentait de si curieux sentiments sacrilèges à l'occasion des actes qu'il essayait de faire est beaucoup plus troublé quand l'action doit être rapide : « C'est quand je suis un peu pressé que j'ai le sentiment d'embêter Dieu. » Lba., h. 23, est intelligent et fort capable de suivre les cours de son école « si le professeur n'allait pas si vite et surtout si on ne passait pas si vite d'un sujet à un autre, c'est là ce qui me rend malade. » Dans les voyages c'est le changement trop rapide des lieux, des habitations, des personnes qui détermine la fatigue et la dépression. Dans le travail professionnel ce sont les adaptations rapides qui sont les plus difficiles et les plus néfastes aux névropathes. » Le moindre employé, dit Nebo., fait en cinq minutes ce que je mets des heures à faire et c'est quand je suis bousculé que tout va le plus mal. » Ce qui terrorise Daniel dans le métier militaire ce sont les ordres rapides et leurs changements brusques : « On exige de moi une perpétuelle présence d'esprit, c'est inadmissible. »

Les déménagements, les pertes d'argent, les changements de situation sont d'autant plus dangereux qu'ils sont plus rapides et l'on a vu que Lvy. a succombé parce qu'il a été placé brusquement après la mort inattendue de son directeur dans une situation plus élevée. Les accidents consécutifs à la mort des proches sont plus graves quand il s'agit de mort subite : c'est d'ailleurs ainsi que les choses se sont passées dans le cas de Zoé que j'ai rap-

porté. Dans cinq observations on a déterminé des crises de dépression chez des jeunes gens en les poussant à prendre vite une résolution à propos d'une proposition de mariage. Dans l'observation curieuse de Vy., une des raisons qui ont provoqué son trouble mental c'est qu'il a eu la prétention d'arriver rapidement à l'intimité avec sa femme, tandis qu'il n'était jamais capable de créer rapidement des intimités. Il en est de même pour les ruptures, pour les maladies des enfants, pour leur mariage, pour les retraites, etc. Toujours la brusquerie de l'événement, l'exigence d'une adaptation rapide a joué un grand rôle dans la maladie. Les sujets eux-mêmes le savent fort bien : « Même dans les choses les plus simples, comme le repas ou l'habillement, me dit Vkp., je ne peux pas être pressée ; si j'essaye d'aller vite, je me trouble, j'ai des spasmes de tous les côtés, surtout dans l'estomac et dans le ventre, je ne puis agir sans trouble que si j'ai le temps d'agir lentement à ma manière. »

Quoi qu'il en soit, j'ai peine à comprendre que cette agitation produite par les circonstances pressantes et par l'exigence de la rapidité suffise pour expliquer tous les troubles de la dépression que nous avons constatés. Cette interprétation peut rendre compte de certains accidents dépressifs survenus rapidement après l'événement émotionnant mais elle n'explique pas les dépressions de beaucoup les plus nombreuses qui se produisent lentement avec une certaine incubation après l'événement émotionnant. Il faut admettre que d'autres caractères de l'action viennent s'ajouter à la complexité et à la rapidité pour rendre l'acte difficile et dangereux.

Ce qui me semble jouer le rôle le plus considérable dans l'épuisement, c'est *la durée*, la prolongation de l'action. Il est inutile de reprendre ici de nouvelles observations pour montrer des accidents à la suite d'actes prolongés et répétés, nous venons d'en énumérer un grand nombre quand nous avons montré dans un paragraphe précédent que la dépression se produisait dans les mêmes conditions que la fatigue. Il suffit de rappeler un fait, c'est que beaucoup d'accidents commencent après les attentes, attente d'une nomination, d'une décision grave, attente d'une guérison, etc... Dans une des observations précédentes, Zoé a présenté une grande crise à la suite d'une demande en mariage à laquelle elle s'est trouvée incapable de répondre. Elle prétend elle-même que depuis longtemps elle aimait ce jeune homme et

attendait sa demande. Cette trop longue attente l'a épuisée et l'a mise dans l'impossibilité de dire « oui » quand la demande est arrivée. Noémi qui avait constamment besoin d'être dirigée et remontée par son mari est restée seule quand celui-ci est parti pour l'armée : pendant deux mois elle a attendu courageusement la fin de la guerre et le retour du mari en faisant de grands efforts pour se bien tenir. Puis tout d'un coup elle s'est de nouveau sentie « molle ouatée, comme si le monde s'éloignait... elle a de nouveau cette impression horrible, abominable de se regarder vivre et penser, de s'écouter parler et cette horreur des gens heureux dont elle devient jalouse. » Quand l'attente s'est prolongée, l'épuisement et la dépression n'ont pas tardé à réapparaître. Certains malades, comme Sophie, sont si susceptibles sur ce point que l'on peut aggraver leurs troubles d'une manière presque expérimentale en les faisant attendre quelque chose. L'attente en effet, est une action prolongée : pour attendre il faut maintenir en état de préparation, d'érection une certaine tendance et il faut en même temps inhiber le développement de cette tendance car l'acte ne peut pas encore être exécuté complètement. Ce travail est toujours complexe, difficile surtout s'il doit être continué longtemps.

Ces différents caractères des circonstances qui se sont montrés dangereux, la nouveauté, la complexité, la rapidité, la durée modifient la nature psychologique des actions qui sont nécessaires. Il ne suffit pas de dire que les actions doivent être plus fortes, plus nombreuses, plus rapides, plus prolongées, il faut reconnaître qu'elles doivent être transformées pour s'adapter à ces circonstances.

Nous constatons facilement cette transformation quand il s'agit de la rapidité : on ne peut pas accélérer la marche sans la transformer en course, on ne peut pas accélérer l'écriture sans adopter une écriture sténographique toute différente. Un voyage précipité qui réclame l'usage des automobiles et des trains exprès n'est pas identique à une promenade à pied, il réclame d'autres préparations, d'autres combinaisons, d'autres dépenses. Il ne suffit pas de savoir parler pour se servir correctement du télégraphe et du téléphone et la simple arithmétique ne suffit pas pour faire rapidement les calculs d'une usine ou d'une grande maison de commerce.

Même si nous considérons un acte simple qui semble changer peu de nature, il est facile de voir qu'il devient plus difficile et plus coûteux si nous sommes obligés de l'effectuer rapidement. Je dois aller prendre le train à la gare de Lyon et j'ai du temps devant moi, je puis prendre le tramway ou même aller à pied et je ne dépenserai presque rien. Je suis au contraire en retard et très anxieux à la pensée de manquer le train, il me faudra prendre une automobile et promettre un bon pourboire au conducteur : le même trajet va coûter beaucoup plus cher. Si même dans mon anxiété j'excite trop le conducteur par des promesses excessives, si je le distrais en l'interpellant sans cesse, il peut accrocher des voitures, faire des dégâts considérables que j'aurai à payer et le même trajet va devenir ruineux. On peut comprendre les mêmes phénomènes en se plaçant au point de vue psychologique. Quand une circonstance à laquelle nous sommes accoutumés à répondre par une réaction appropriée mais lente, se présente de telle manière qu'elle exige une réaction rapide, nous ne pouvons plus utiliser la tendance habituelle, nous sommes forcés de recourir à des mesures exceptionnelles, c'est-à-dire à des tendances moins organisées, ce qui augmente tout de suite la dépense de force. Il est bien probable que cette réaction inaccoutumée et plus rapide demandera une plus grande tension, ce qui est toujours très coûteux au moins au début. Mais il peut arriver aussi que nous ne trouvions pas en nous-mêmes déjà organisée une réaction appropriée à cette circonstance et plus rapide. Nous allons être forcés d'improviser, de recourir à la tendance primitive, à l'agitation qui essaye des mouvements de tous les côtés afin d'arriver par hasard au mouvement utile. Ce sera l'émotion, le trouble, le désordre, qui se produit quand on est trop pressé : ce procédé élémentaire et grossier est complètement ruineux.

Un acte qui répond à une situation complexe n'est pas simplement un acte composé de mouvements plus nombreux, un acte qui réclame la mise en jeu d'un plus grand nombre de muscles, c'est un acte unique, quelquefois fort simple, mais d'un degré plus élevé dans la hiérarchie et demandant une tension psychologique plus grande. L'acte de manger en société est un acte particulier construit par la vie sociale : il n'est pas seulement un acte plus complexe, il est un acte plus récent, moins habituel, moins automatique et fort différent de l'action élémentaire qui consiste à manger seul simplement pour s'ali-

menter¹. La conversation avec un grand nombre de personnes dont les propos s'entre-croisent n'est plus le même acte que les propos alternés avec un seul interlocuteur. C'est une autre manière de parler qui demande des discours plus abrégés, des changements de pensée plus rapides et même d'autres sujets de conversation. Il ne faut pas croire que le commandement d'une armée soit simplement un multiple du commandement d'une escouade, c'est une toute autre opération psychologique d'un niveau bien plus élevé.

Les psycho-analystes, disciples de M. Freud, ont beaucoup insisté sur l'importance des conflits de conscience et ils les ont considéré non sans exagération comme la source principale des troubles névropathiques. Sans doute les agitations mentales de certains malades, leurs perpétuelles oscillations entre le pour et le contre sont bien souvent une conséquence de leur dépression et il ne faut pas toujours les considérer comme le point de départ des épuisements. Mais il n'en est pas moins vrai qu'une situation complexe, au lieu d'éveiller une tendance unique comme pourrait faire une perception, éveille presque toujours dans l'esprit la pensée de plusieurs conduites et donne naissance à des conflits, on ne peut alors réagir que par une délibération, par un choix, par une décision.

Les pratiques religieuses, les études, les métiers, les fiançailles posent des problèmes de volonté et de croyance. Il s'agit toujours de décider aussi bien dans le commerce que dans le commandement des hommes ou dans le mariage. Les circonstances où l'on est forcé de choisir entre deux conduites opposées, la pratique ou l'abstention, le « oui » ou le « non » des fiançailles, le mari ou l'amant sont particulièrement typiques. Le sentiment de la responsabilité n'est pas autre chose que la représentation vive des motifs quand ceux-ci impliquent des conséquences graves de l'action. Ces opérations de la délibération et de la décision transposent immédiatement la conduite : au lieu des conduites appétitives qui correspondent au stade du désir dans l'activation des tendances, il s'agit des conduites réfléchies qui correspondent au stade de la réflexion et du contrôle des désirs. Le degré de la tension psychologique est devenu immédiatement

1. *Les névroses*, 1909, p. 384.

beaucoup plus élevé. Aussi n'est-il pas étonnant que bien des individus soient incapables d'exécuter de tels actes correctement et que les conflits de conscience créés par les circonstances complexes soient l'occasion de bien des épuisements.

Dans les autres cas nous voyons des individus qui semblent avoir la décision qui savent ce qu'il est bon de croire et de faire, mais qui succombent quand il s'agit d'exécuter. Mba., h. 36, par exemple, s'indigne si on parle de sa faiblesse de volonté, il prétend non sans raison qu'il se décide rapidement et avec netteté. Il sait très bien qu'il doit accepter cette fonction et commencer l'étude de cette question. Mais il tombe dans des scrupules, dans des analyses psychologiques indéfinies et dans des colères quand il s'agit de fixer longtemps l'attention « d'absorber quelque chose », c'est-à-dire quand il s'agit d'exécuter sa résolution. Beaucoup ne peuvent supporter des actions qui doivent être répétées régulièrement pendant un certain temps. Ils souffrent particulièrement quand il s'agit d'actions régulièrement déterminées que le sujet n'est pas libre d'interrompre à son gré : « Je pourrais travailler longtemps si j'avais le sentiment que je pourrai toujours m'interrompre et me retirer dès que j'en ai envie, c'est épouvantable de penser que, quoi qu'il arrive, il faut travailler jusqu'à midi. » Tous les troubles si nombreux provoqués par la durée, par la prolongation de l'action après un échec sont du même genre.

Ici encore nous voyons la conduite se transformer, dans les exécutions des résolutions, dans les prolongations de l'action il ne s'agit plus d'ordinaire des tendances réfléchies, mais de tendances situées un degré au-dessus et que j'ai proposé d'appeler les tendances ergétiques caractérisées par l'effort et le travail. Le travail, comme on l'a souvent remarqué, n'existe que chez les individus appartenant à des races supérieures, il demande une collaboration particulière de tout l'esprit, il donne naissance à des idées fort complexes comme les idées de production, de but, de moyen, de cause, il constitue un mode d'activité très spécial et très élevé. La transformation d'une conduite même réfléchie en une conduite caractérisée par l'effort et le travail est loin d'être insignifiante, elle est un passage à un état de tension psychologique bien plus élevé. C'est pourquoi demander une action de longue durée ou une attente c'est exiger un acte élevé et coûteux.

Enfin considérons l'adaptation à une situation nouvelle et la création des tendances nouvelles. On répète d'ordinaire que des habitudes, des tendances sont créées par l'action, cela est vrai en général, mais cela est beaucoup trop vague. Les actions inférieures, les degrés inférieurs d'activation n'ont que faiblement et comme en germe la propriété de créer des tendances et de les fortifier. Il y a en nous des formes d'action particulières qui ont justement ce rôle de constituer des tendances nouvelles capables de fonctionner à l'avenir. Les tendances réalistes qui constituent la volonté et la croyance organisent ainsi des tendances à des actions. Prendre une décision c'est organiser un certain groupement d'actes et de paroles et le rendre assez fort pour sentir qu'il fonctionnera d'une manière régulière pendant des années. Croire quelque chose, ce n'est pas autre chose que prendre la décision d'agir d'une certaine manière dans certaines circonstances. Sans doute les habitudes antérieures, les tendances à l'obéissance, à la promesse, à la fidélité rendent cette action possible, mais elle n'en reste pas moins difficile et de haute tension. Les tendances conatives ou ergétiques qui organisent le travail donnent de la précision et de la force à ces nouveaux groupements d'actions. Enfin le dernier degré de l'activation, celui qui amène, ce que nous appelons le triomphe de l'action, la joie de l'acte et qui est la source de toutes les créations artistiques est le point de départ de tous les grands changements de l'individu, de la création artistique d'une nouvelle personnalité. Quand nous voyons apparaître tous les troubles à l'occasion de ces adaptations, nous arrivons naturellement à rattacher l'épuisement au fonctionnement difficile de ces tendances supérieures.

Des études précédentes nous avaient déjà préparés à entrevoir cette conclusion. En étudiant les agitations nous avons été amenés à analyser le phénomène de la *dérivation psychologique*. « La dérivation se produit toutes les fois qu'un phénomène supérieur de haute tension a commencé à se produire et qu'il a été arrêté dans son développement par cet abaissement du niveau mental qui rend impossible les phénomènes de haute tension. » A la place de la décision, de l'effort, du triomphe qui n'arrivent pas à l'activation complète se présentent des convulsions, des tics, des interrogations, des raisonnements interminables, des agitations viscérales de toute espèce. » Comment se fait-il,

demandions-nous, qu'au phénomène supprimé qui semble un phénomène unique et assez petit se substitue une quantité énorme d'autres phénomènes qui se prolongent très longtemps?... on peut répondre par un développement de notre hypothèse relative à la hiérarchie psychologique et aux degrés de la tension psychologique. Quand un phénomène psychologique est supérieur à un autre, la force qu'il exige pour se produire pourrait être suffisante si on l'employait autrement pour produire cent fois le phénomène inférieur¹. » En un mot l'acte de haute tension semble être un acte très coûteux exigeant une dépense bien supérieure à celle qui serait suffisante pour un acte inférieur. Cette conception vient d'être vérifiée par nos nouvelles études puisque nous voyons qu'une décision, un travail, un triomphe épuisent nos malades infiniment plus que les agitations inférieures les plus violentes et les plus prolongées.

Il n'en est pas moins assez bizarre de voir des actes excellents en eux-mêmes, ces décisions, ces travaux amener l'épuisement. Les actes de haute tension ne sont pas d'ordinaire des actes épuisants, ils ont au contraire pour objet de réduire nos dépenses et de produire des bénéfices. Une décision définitive simplifie la conduite pour l'avenir et nous permet d'agir plus tard à moins de frais. L'acquisition par le travail d'une fortune ou d'une science facilite bien des conduites ultérieures avantageuses.

Tout cela est vrai, mais les bénéfices de tels actes sont surtout des bénéfices ultérieurs qui ne suppriment pas la grande dépense actuelle. Il en est de tels actes comme de l'achat d'une machine ou de l'acquisition d'une bonne valeur de bourse : il y aura plus tard des économies et des plus-values, mais il y a pour le moment une grosse dépense. Il y a des bourses qui ne peuvent pas supporter même un excellent placement sans être tout à fait vidées. Il y a des esprits qui ne sont pas capables de supporter une action excellente en elle-même et très avantageuse pour l'avenir, mais qui exige une trop grosse dépense.

Il y a lieu également de faire une autre réflexion : ces malades sont loin de réussir à accomplir complètement ces actes de haute tension. Ils les commencent seulement et s'arrêtent avant de les avoir terminés, puis ils les recommencent de la même manière, indéfiniment accrochés au même problème. L'acte

¹ *Oblivions et persévérance*, 1903, I, p. 509.

dangereux pour eux, ce n'est pas seulement l'acte difficile, c'est l'acte qui échoue qui ne solutionne pas la situation qui ne fait pas disparaître le besoin de l'adaptation. Un échec met l'homme dans une situation particulière qui réclame une adaptation nouvelle. Nous avons alors à choisir entre trois conduites différentes, ou bien recommencer l'acte purement et simplement, ou bien le recommencer en le modifiant dans sa force, dans sa durée et même dans la combinaison des mouvements, ou enfin l'abandonner et renoncer à la satisfaction qu'il devait procurer.

Cette dernière solution est extrêmement importante, c'est la résignation avec le sentiment de nécessité, d'impossibilité : c'est là un acte nouveau très élevé dans la hiérarchie que j'ai rattaché dans mes cours aux tendances relatives au travail et à la causalité. Nos malades sont pour la plupart incapables de ce dernier acte : une des remarques les plus curieuses que j'aie faites sur le caractère des déprimés est celle de leur incapacité à comprendre l'impossible et à se résigner. Savoir dire avec le renard : « Ils sont trop verts et bons pour des goujats » n'est pas à leur portée. J'ai remarqué un jour que Sophie dans le parc d'une maison de santé sautait en l'air au milieu d'une allée et je m'aperçus qu'elle cherchait à atteindre une branche d'arbre à plus de trois mètres au-dessus de sa tête : il fallut la distraire pour faire cesser cet effort dont elle ne comprenait pas l'absurdité. J'ai vu des femmes prodiguer pendant cinq ans des soins invraisemblables à un pauvre dément paralytique sans jamais pouvoir comprendre qu'il était incurable.

Incapables de la résignation, nos malades ne peuvent guère recourir à la seconde conduite qui consisterait dans une modification de leur action, car cela demande de l'invention, de l'initiative. Ils sont presque toujours amenés à adopter la première conduite, la plus simple, celle qui est la plus ancienne et qui exige le moins de tension et ils recommencent l'acte tel qu'ils l'avaient déjà fait. La manie du recommencement est bien connue quand il s'agit de petits mouvements chez des sujets qui ouvrent et qui ferment la porte indéfiniment, qui ôtent et remettent leurs vêtements, qui répètent leurs prières et leurs actes de contrition. Mais ce même besoin de recommencement est moins visible dans des actes plus complexes où il joue cependant un grand rôle. Des jeunes gens s'entêtent dans un travail ou dans une lecture

sans arriver à mieux comprendre. Léa et Lydia s'entêtent pendant des années dans leurs efforts pour faire vivre les deux ménages ensemble, pour éduquer à leur façon leurs maris; Zoé, après la mort de sa mère, veut se conduire comme si celle-ci était toujours vivante et s'entête à la chercher, à l'attendre partout; Émilia, séparée de son amant, fera indéfiniment des démarches pour le reconquérir : « Je ne peux pas réaliser l'idée que c'est fini, je crois toujours qu'il n'y a qu'à recommencer. » C'est là une des conduites les plus banales dans tous les affaiblissements de l'esprit : on peut dire que la plupart de ces malades passent leur vie à pousser indéfiniment contre un mur. Nous allons bientôt revoir l'importance de cette conduite à propos des idées fixes traumatiques. Il nous suffit de remarquer ici que ce sont les malades eux-mêmes qui par leur incapacité de solutionner prolongent la durée des actions et comme la durée de l'acte est par elle-même épuisante, ils en augmentent le danger.

Dans ces cas qui sont les plus fréquents le bénéfice est nul et la dépense est énormément augmentée. Rien n'est plus coûteux que ces déplacements de capitaux, que ces mobilisations pour des achats et des placements qui ne se font jamais ; on gaspille ainsi les capitaux, on ne sait pas les remettre en réserve sans grandes pertes et l'opération indéfiniment répétée est ruineuse. C'est cet inachèvement des opérations supérieures sans cesse recommencées qui explique le plus souvent l'épuisement consécutif.

Le problème de la dépense psychologique, du coût de l'action sera plus tard un problème capital de la psychologie et de la psychiatrie : aujourd'hui il est à peine soupçonné. Il nous suffit de retenir ici à ce propos quelques notions pratiques. Il est certain que certains actes sont plus coûteux que les autres et épuisent davantage les forces, c'est là l'origine d'une foule d'accidents nerveux. Mais il est plus difficile de préciser et de dire quels sont ces actes et quels sont les caractères qui les distinguent d'autres actions moins dangereuses.

D'ordinaire on croit répondre facilement en parlant de la quantité psychologique des actes, de la force des mouvements, de la complexité, de la vitesse, de la durée des mouvements et en disant que les actes qui comportent des mouvements forts, nombreux, rapides, prolongés sont les actes qui fatiguent. Cela est peut-être vrai au moins en partie pour la fatigue normale, mais

cela est tout à fait insuffisant pour l'épuisement pathologique, pour la dépression. A côté de ces caractères qui tiennent à la quantité psychologique il faut ajouter ceux qui dépendent de l'élévation hiérarchique des actes, de leur tension psychologique et il faut bien comprendre que l'accomplissement des actes élevés, appartenant à la série de la réflexion, du travail, du triomphe est capable bien plus encore que celui des actions précédentes de déterminer des épuisements et des dépressions.

6. — LE REPOS COMPLET.

Ces études sur l'épuisement dans les névroses peuvent naturellement trouver une vérification dans l'examen des résultats que donne le traitement par le repos. S'il est vrai que les névropathes voient leur dépression augmenter par l'action, s'il n'est pas pour eux de fatigue agréable et saine, s'ils passent sans transition du travail à l'épuisement total, il est juste de leur supprimer l'action autant que possible et de réparer leurs forces par le repos. Le repos, disait M. Lagrange, doit être défini l'état physiologique dans lequel l'activité des organes vivants est momentanément suspendue ou abaissée au-dessous de la normale. Le plus grand repos est obtenu par le décubitus horizontal qui ralentit l'activité de tous les organes. L'antidote de la fatigue motrice c'est l'alimentation et le repos musculaire, l'immobilité dans un lit. Si vous avez fait aujourd'hui une trop longue promenade dans la forêt, dinez bien et allez vous coucher de bonne heure, demain tout sera réparé. Si les troubles des névropathes et des aliénés dépendent d'une dépression qui est identique à une fatigue qu'ils se reposent dans un lit et ils seront guéris. De là tous ces traitements par la suralimentation et le repos qui ont abouti aux curieuses exagérations que nous avons décrites. Quel est le résultat auquel on parvient par ces méthodes de traitement, c'est un point sur lequel je vais essayer de me faire une opinion en examinant les nombreuses observations que j'ai recueillies.

L'heureux effet de ces cures de repos au lit est fort bien mis en évidence par les résultats du traitement curieux de M. Wetterstrand : ce traitement, que je viens de résumer, consiste à plonger des malades dans un sommeil profond déterminé par

l'hypnotisme et la suggestion et à les laisser des jours et des semaines dans cet état. J'ai souvent essayé de pratiquer des traitements de ce genre : La prolongation du sommeil hypnotique pendant quelque temps est une chose facile chez certains sujets et il est certain que l'on peut par la suggestion obtenir chez eux un repos très profond. J'ai souvent constaté que l'on obtient de cette manière un excellent effet sur les crises délirantes de l'hystérie et sur certaines agitations d'apparence choréique. Une hypnose de cinq heures a fait disparaître des contractures trop résistantes, une hypnose de 24 heures a arrêté complètement un hoquet persistant dont je n'avais pu triompher autrement, un sommeil de trois jours a mis fin à des séries de crises interminables chez Berthe et dans un autre cas à des attaques délirantes avec refus d'aliments. Le cas le plus intéressant est celui de Pauline. Cette jeune fille de 17 ans anesthésique du côté gauche, atteinte de coxalgie hystérique, présentait en outre un délire d'opposition tel que pendant la veille il était impossible d'obtenir la moindre obéissance, le plus petit effort d'attention. En outre elle mangeait peu, digérait difficilement, présentait beaucoup de constipation et ne rendait dans la journée que 300 grammes d'urine ne contenant que 5 grammes d'urée. J'ai pu l'endormir profondément et la laisser endormie : au bout de quelques heures de ce sommeil, je pouvais déjà me faire mieux obéir et régler sa conduite. Je lui commandais de rester endormie, de ne remuer qu'au moment où on lui apporterait à manger et au moment où elle aurait besoin d'aller à la garde-robe. Pendant le premier jour on nota qu'elle mangeait beaucoup mieux, mais qu'il n'y avait aucune autre modification. Le second jour au lieu de l'anurie précédente elle présenta de la polyurie et rendit 3 litres d'une urine très claire contenant 27 grammes d'urée. Le troisième jour il n'y avait que 1500 grammes d'urine avec 21 grammes d'urée et les selles étaient normales. Le quatrième jour la malade se réveilla spontanément de la manière la plus naturelle sans coxalgie et sans aucun stigmate hystérique et elle resta deux mois sans rechute¹.

Je suis donc disposé à croire que cette méthode peut être utile dans certains cas particuliers : On peut ainsi faire traverser aux

1. Traitement psychologique de l'hystérie, dans le *Traité de thérapieutique appliquée* de M. Albert Robin, 1898, tome XV. *État mental des hystériques*, 2^e édition, 1911, p. 667.

malades les périodes où ils ont des attaques, rompre des habitudes pathologiques et surtout triompher de ces résistances, de ces entêtements délirants qui accompagnent souvent les contractures. Je ne puis étudier ici les procédés pour provoquer et prolonger ces sommeils ni les surveillances qu'ils exigent, ni leur durée. Je signale seulement cette question qui, je crois, sera plus tard importante dans le traitement des accidents hystériques.

Mais le grand défaut de cette méthode c'est qu'elle ne peut être applicable qu'à des hystériques suggestibles et hypnotisables et susceptibles d'être fortement dressés à l'hypnose. On peut se demander alors si le résultat obtenu ne dépend pas plutôt de la suggestion elle-même et de l'éducation. Je pense pour ma part que cela est loin d'être exact, car j'ai obtenu par ce sommeil prolongé en particulier chez Pauline des résultats que j'avais vainement cherché à obtenir pendant longtemps par d'autres méthodes. Mais il est évident qu'il y a là des phénomènes complexes et assez exceptionnels. Les auteurs qui prétendent avoir utilisé ce procédé d'une manière courante sur des centaines de malades ne se sont probablement pas assez préoccupés du diagnostic du sommeil hypnotique et de la suggestion et il est probable qu'ils donnent le nom de sommeil hypnotique à un état de calme quelconque : ils utilisaient simplement la méthode du repos au lit dont il nous reste à parler.

Il est impossible de nier que l'on ne puisse obtenir de très bons résultats par ce simple repos au lit dans un grand nombre de troubles nerveux et mentaux. Considérons d'abord les cas les plus simples, ceux dans lesquels il s'agit de malades réellement épuisés par une maladie ou par un travail physique excessif, qui présentent un grand amaigrissement, des signes d'épuisement des fonctions organiques et qui ont plus ou moins un aspect cachectique.

Nex. est une fillette chétive de 17 ans, mal nourrie, exténuée de travail; elle commence des crises de nerfs et présente toutes sortes d'accidents hystériques. Le repos et la nourriture de l'hôpital ont évidemment joué le plus grand rôle dans son rétablissement complet en trois mois. J'ai fait à propos de cette petite malade une remarque curieuse : à son arrivée à l'hôpital elle présentait une hémianesthésie gauche très remarquable, avec tous

les caractères psychologiques de l'anesthésie hystérique. Comme à ce moment il était de mode de mettre en doute l'anesthésie hystérique, j'ai fait constater cette anesthésie assez intéressante à plusieurs personnes du service. Il en est résulté que la sensibilité tactile de cette malade est devenue malheureusement un objet de curiosité et a été examinée beaucoup trop souvent par les élèves du service. Suivant les théories à la mode cette démonstration trop répétée aurait dû fixer et augmenter l'anesthésie : il n'en a rien été et cette hémianesthésie s'est effacée peu à peu à mesure que les accidents hystériques disparaissaient sous l'influence de l'alimentation et du repos au lit.

Les attaques d'hystérie ont cédé à ce repos dans une période de un à trois mois dans 16 cas. Des crises fréquentes de sommeil hystérique ont disparu chez Kz. après deux mois de repos au lit, il en est de même dans deux autres cas. Des tremblements, des paralysies ou d'autres troubles moteurs ont été traités de cette façon avec succès dans dix cas. Enfin l'anorexie hystérique souvent si tenace a cédé dans trois cas après deux mois de séjour au lit. Je viens de signaler le cas de Jul., jeune femme de 28 ans, placée à Paris comme domestique au sortir de la campagne et soumise à un travail trop fort pour elle, il n'est pas étonnant qu'un repos de deux mois à l'hôpital pendant lequel je l'ai maintenue presque toujours couchée ait suffi pour la rétablir, pour effacer au moins momentanément les troubles de la volonté, les obsessions et la confusion.

Vkp., f. 32, la première fois que je l'ai vue n'avait pas seulement une grande crise de dépression psychasténique avec obsessions d'indignité et de mort, mais elle était excessivement amaigrie, épuisée par une entérite grave, par un régime d'inanition et par des efforts continuels dans son ménage. Un repos complet de deux mois au lit a grandement favorisé le traitement moral. Ch., f. 21, vient d'avoir un accouchement terrible avec basiotripsie suivi d'infection utérine grave, les troubles névropathiques quoique sérieux ne sont que secondaires, ils disparaissent facilement après cinq mois de soins surtout physiques et de repos au lit. Une femme de 29 ans épuisée par une grossesse pénible qu'elle a essayé de dissimuler, par un accouchement difficile et de l'infection utérine, sans compter les émotions déterminées par la mort de l'enfant et les pertes d'argent, présente des phobies de toutes espèces qui déterminent un affolement con-

tinuel : un repos de trois mois au lit a été évidemment la cause principale de sa guérison.

Dans des cas de ce genre le repos au lit est à la fois un traitement physique et un traitement moral. D'un côté il se rattache à ces traitements physiques des névroses dont nous parlerons dans un des chapitres suivants : dans le lit la circulation se fait plus facilement et la digestion est souvent meilleure. D'autre part, au point de vue moral, le malade est plus facilement surveillé, ce qui est souvent important, il se rend mieux compte qu'il est un malade, il peut être calmé par cette immobilité, disposé à la somnolence et enfin il semble dans les meilleures conditions pour économiser ses forces. Ce traitement est donc tout indiqué dans tous les cas où l'affaiblissement organique est manifeste.

Il ne faut pas se borner là : bien des névropathes qui ne présentent guère de troubles physiques bien apparents trouvent également un grand bénéfice dans ce traitement par le repos complet. On peut signaler d'abord des cas où des troubles névropathiques portant sur une fonction déterminée et en rapport avec un travail exagéré de cette fonction ont été très améliorés par le repos. Dans deux cas de photophobie chez Emma et chez Ty, survenus évidemment après un travail excessif de la vision le repos au lit dans une chambre à demi obscure me semble avoir fait aux malades rapidement le plus grand bien.

On peut observer également dans les mêmes conditions la disparition de troubles plus généraux. Une femme de 35 ans, Boia., agoraphobe avec obsession de la mort, après trois mois de repos presque constant dans son lit, est très calmée et peut même sortir seule. Fn., f. 32, cette scrupuleuse agitée dont j'ai déjà parlé se rétablit visiblement par deux mois de séjour au lit ou sur la chaise longue. Cette malade observe elle-même qu'elle se porte toujours beaucoup mieux quand des circonstances particulières l'obligent à garder le lit. C'est ainsi que le repos au lit pendant trois semaines après ses accouchements lui procurait toujours un grand calme moral, elle constate qu'elle a alors plus de volonté : « c'est étrange, dit-elle, je sais mieux à ce moment me faire obéir par mes enfants et mes domestiques et la maison marche mieux que si j'étais levée pour m'en occuper. » Je pourrais ajouter huit cas du même genre aussi démonstratifs.

Mais je voudrais insister un peu sur l'observation de Sophie, cette malade remarquable sur laquelle M. Arnaud et moi-même avons fait nos études du délire psychasténique. Cette jeune femme, âgée actuellement de 35 ans, a déjà eu deux crises terribles de délire psychasténique qui ont nécessité chaque fois son internement pendant dix-huit mois. Elle était sortie de l'asile depuis deux ans et se maintenait en assez bonne santé physique et morale quand, à la suite d'une série de fatigues, un voyage en automobile, des réceptions trop nombreuses chez ses parents, etc., elle a de nouveau présenté des troubles caractéristiques. Comme cette malade est maintenant bien connue il m'a été facile de constater tout de suite les symptômes d'une rechute identique aux précédentes, mêmes scrupules de dévouement, mêmes regrets de ne pas soigner des malades, de ne pas repeupler la France, de ne pas diriger des armées, mêmes sentiments d'obligations et de pactes, mêmes résistances désespérées. J'ai essayé, ce qui n'avait jamais été fait sur elle au début des crises, de la mettre au lit dans l'immobilité et le calme le plus absolu. Un mois après tous les symptômes inquiétants avaient complètement disparu : la malade est retournée dans sa famille en ayant évité une crise qui probablement aurait été aussi terrible et aussi longue que les précédentes.

Des faits de ce genre semblent justifier les précautions bizarres que certains malades prennent pour éviter la moindre dépense de forces et semblent expliquer les phobies de la fatigue. Un malade comme At., h. 55, est bien embarrassant : au premier abord il semble absurde et ridicule. Cet homme en apparence tout à fait bien portant et très intelligent a renoncé depuis quinze ans non seulement à des travaux qui l'intéressaient vivement mais pour ainsi dire à toute action. Il calcule méticuleusement ses mouvements et il se permet au maximum un déplacement de 500 à 700 mètres par jour : il sait en mètres la longueur de sa chambre et des couloirs de son appartement, la longueur des rues qui avoisinent sa maison et il compte un escalier d'un étage pour cent mètres : Il fait à chaque instant le compte de ce qu'il a marché afin de ne pas dépasser le chiffre permis. Il s'accorde cinq minutes de lecture par jour quand il est bien valide et dix minutes de conversation : quand il vous parle il tient sa montre à la main. Le reste du jour il le passe couché non sur une chaise longue, ce qui est fatigant, mais dans un lit en essayant de ne

pas penser. Il prétend qu'un petit pincement dans les tempes l'avertit quand il approche de la limite de ses forces et pour rien au monde il ne se risquait à la dépasser : « Je suis une chaudière qui manque d'eau, il ne faut pas la détériorer en la chauffant. » Un officier de 40 ans blessé à la tête dans la région occipitale par une balle qui n'a pu être extraite a présenté depuis 18 mois les troubles psychologiques les plus curieux qui mériteraient une étude spéciale. Je remarque seulement qu'il en est arrivé à une conduite identique à celle de At., il calcule ses moindres mouvements, rationne ses lectures comme ses pensées « afin de ne plus retomber dans le nuage et dans le noir ».

Ces malades sont analogues aux obsédés de la fatigue que nous avons décrits au début de ce chapitre et qui ont été si critiqués par Dubois (de Berne). Mais ils présentent une grande différence, c'est qu'en dehors de leurs précautions invraisemblables ils sont parfaitement intelligents et corrects. Dans les courts moments où il daigne s'occuper des choses de ce monde, At. m'étonne par ses décisions rapides, ses efforts de calcul et même ses états de satisfaction : on n'observe chez lui aucune de ces insuffisances des tendances supérieures, aucun de ces sentiments d'incomplétude si caractéristiques de la dépression psychologique. Peut-on admettre qu'une obsession ou un délire de fatigue si considérable, transformant la vie depuis quinze ans, se soit développé à ce degré sans qu'il y ait au-dessous aucun autre symptôme de la dépression : cela est bien contraire à toutes nos observations. Est-ce que ces malades n'évitent pas précisément ces phénomènes de dépression et ces troubles des psychasténiques par leur repos perpétuel au lit ? Les disciples de Weir Mitchell et en particulier M. Deschamps n'hésiteraient pas à répondre par l'affirmative.

La thérapeutique de Weir Mitchell, en effet, se présente avec une apparence de très grande simplicité : le malade est épuisé par une activité excessive, eh bien reposons-le en supprimant toute activité quelle qu'elle soit, le sujet n'est pas assez riche pour faire les frais du train de vie qu'il mène, ne cherchons pas ce qui dans ses dépenses est excessif et ruineux, supprimons simplement toutes les dépenses quelles qu'elles soient, nous sommes certains que de cette manière il fera forcément des économies. Cette manière de procéder n'est pas absurde et elle a certainement plus de chances d'être utile au malade que la mé-

thode inverse du mépris absolu de la fatigue et des dépenses imprudentes. La plupart des névropathes, qu'ils aient ou non l'obsession de la fatigue, sont des épuisés près de la faillite, on leur rend presque toujours service en leur imposant le repos et l'économie des forces. Je crois même qu'en pratique quand il s'agit d'un malade nouveau, assez gravement atteint, dont l'analyse psychologique est encore incomplète et chez qui on ne discerne pas encore bien le mécanisme de l'épuisement il est presque toujours bon de commencer par l'immobiliser au lit quelque temps. Ce repos général sera certainement utile et permettra de mieux comprendre la situation : dans un grand nombre d'observations nous constatons le bénéfice de ce repos initial.

Mais faut-il en conclure, comme on semble le faire si souvent surtout dans les sanatoriums, que c'est là une thérapeutique définitive excellente pour tous et qu'il suffit de l'appliquer indéfiniment ? Il est trop facile de constater les difficultés, les dangers et les insuffisances de ce repos absolu. Sans doute chez quelques personnes, chez des femmes par exemple, inoccupées et riches un repos complet au lit pendant quelques semaines ou même quelques mois peut être réalisé sans trop de grands inconvénients. Mais il y a des cas où une interruption pareille de toute activité sera très difficile et très grave. Uk., qui a déjà traversé dans sa jeunesse une crise assez grave d'obsessions arrive à l'âge de 40 ans à devenir le directeur et le propriétaire d'une grande usine où il a travaillé comme employé toute sa vie et dont il ambitionnait depuis quinze ans la direction. Malheureusement il est bouleversé par la pensée de sa responsabilité et il présente des troubles mentaux de toute espèce, grande agitation motrice et verbale, déclamations désespérées, quand il est dans sa famille, sur son incapacité sur les dangers de sa situation, scènes horribles et continuellés, essais le plus souvent simulés, mais répétées de suicide, troubles de digestion, insomnie, excitation génitale exagérée, etc. Traduisons ces faits dans notre langage les tendances relatives à la direction et à la propriété de l'usine, épuisées par une trop longue attente et par des fatigues précédentes sont abaissées, n'ont plus la tension suffisante pour se réaliser complètement, elles s'activent en partie puisque le malade continue en fait à diriger l'usine, mais elles ne parviennent plus à

l'acte complet avec décision, confiance et satisfaction, de là des dérivations variées sur des fonctions élémentaires, comme les fonctions génitales, des agitations et des obsessions. Pouvons-nous appliquer à Uk. le traitement précédent par repos complet pendant plusieurs mois : ce serait peut-être le plus sage. Mais c'est la ruine de l'usine qui ne peut pas rester sans direction et si on confie la direction à quelque autre qui précisément voulait s'en emparer c'est la ruine du malade qui ne pourra jamais rentrer dans son bien. Or il est incontestable que Uk. ne s'abandonne à ses divagations et à ses désordres que devant sa famille quand il rentre le soir, que dans la journée il travaille et dirige ses affaires très correctement. Peut-on dans ces conditions le forcer à tout abandonner ?

Ce cas se présente souvent : je l'ai revu en particulier quand j'ai dû diriger Vkm., h. 50 ; c'était un professeur qui a eu des troubles du même genre, dépression avec obsessions d'indignité et idées de suicide au moment où il a passé de l'enseignement secondaire dans l'enseignement supérieur. Fallait-il lui faire avouer officiellement son état de maladie mentale et perdre toute sa carrière en demandant un congé ruineux pour lui à ce moment ?

Si les malades se résignent à ce séjour indéfini dans un sanatorium, ne s'exposent-ils pas à des dangers ? Ils risquent de prendre goût à cette vie d'absolue paresse et il est à craindre que plus tard ils aient peur de se guérir quand il s'agira de rentrer dans la vie normale. Ns., h. 35, après un repos de deux ans, ne veut même pas qu'on lui parle de quitter la maison de santé où il se fait entretenir par sa famille ruinée par ces frais énormes : « Les médecins de la ville ne me comprennent pas, dit-il, tout ce qu'ils savent m'ordonner tient en peu de mots, le calme, la bonne humeur, la tranquillité, ce n'est pas malin... Ce qui me tracasse c'est précisément la vie, les choses de la vie... Aussi je ne veux pas être dérangé d'ici où les médecins comprennent bien mon état et m'ordonnent un repos absolu physique et moral qui me convient... » Peut-on appeler cela une guérison ?

Pour faire les sacrifices nécessaires, pour nous exposer à ces dangers, il faudrait être bien convaincus de l'efficacité souveraine de cette thérapeutique. Malheureusement, en face des cas où le traitement par le repos complet semble avoir eu de beaux résultats nous pouvons mettre en opposition des faits qui ont une tout autre signification. Nous avons à constater des insuc-

cès complets de cette thérapeutique, même poussée à ses dernières limites. Je ne puis pas dans mes propres observations trouver des cas intéressants dans lesquels le traitement par le repos complet au lit ait été poussé très loin sans résultats, parce que je n'aurais pas eu la patience de continuer indéfiniment cette thérapeutique sans essayer d'y joindre d'autres procédés peut-être plus actifs. Mais j'ai pu fréquemment constater des faits de ce genre chez des malades qui venaient me raconter leur odyssée thérapeutique et tous les traitements infructueux qui avaient été tentés sur eux. On recueille surtout de tels récits dans la bouche des Américains et des Anglais que les médecins laissent plus facilement d'une manière indéfinie dans les sanatoriums. Je viens de citer Kx., f. 26, comme type d'obsessions et de phobie de la fatigue; il est bon de rappeler qu'au début de sa maladie elle avait été laissée sept mois dans son lit complètement immobile pour guérir des obsessions de scrupule. Elle en était sortie bien plus malade qu'auparavant, incapable de marcher, de parler ou d'écrire quelques moments sans avoir le sentiment de s'anéantir et était restée ensuite dans cet état pendant 7 ans. Peut-être ne serait-il pas juste de considérer ces nouveaux troubles comme la conséquence de son repos prolongé au lit. Ce repos exagéré a seulement donné une forme particulière à une dépression et à des obsessions hypochondriaques qui existaient déjà auparavant. Mais il est au moins certain que sous l'influence de ce repos de sept mois la maladie ne s'est pas atténuée mais qu'elle a continué à se développer. Lema., f. 37, une autre malade du même genre, qui depuis l'âge de 20 ans s'effondre également des qu'elle a fait quelques pas ou quelques mouvements, a déjà essayé tous les systèmes de traitement; à plusieurs reprises elle est restée des mois entiers étendus sur son lit, une fois elle est restée 18 mois sans se lever et sa maladie a toujours été en s'aggravant. Je retrouve encore une histoire identique dans 12 autres observations. Est-ce qu'il n'y a pas là quelque chose qui doit nous faire réfléchir. Je sais bien que M. Deschamps n'a pas d'hésitation : « Si le malade n'est pas guéri après 18 mois, c'est qu'il n'est pas encore resté assez longtemps immobile, qu'il reste encore des années couché en remuant encore moins; le temps n'existe pas, c'est une invention des philosophes. » Le mot est peut-être joli, mais les malades qui ont une profession importante, qui doivent

gagner leur vie au lieu de payer des mois de sanatorium, ne seront peut-être pas entièrement de cet avis.

Comment nous expliquer ces insuccès après notre étude sur l'importance de la fatigue et du repos ? C'est d'abord parce que l'on se fait des illusions sur le repos : on se figure qu'il s'agit d'un fait purement négatif qui consiste simplement dans la suppression de l'activité apparente extérieurement et que l'on obtient très facilement en couchant le malade dans un lit. C'est là une grande erreur : un malade névropathe ne se repose pas forcément parce qu'il est couché sous des couvertures. Depuis longtemps j'ai signalé le fait que ces malades ne savent pas prendre l'attitude du repos, ils ne savent pas plus se coucher que s'asseoir confortablement dans un fauteuil, ils se tiennent de travers, ils se contorsionnent, ils appuient à faux leur corps et surtout ils continuent à garder leurs muscles tendus. Lise, disais-je autrefois, est raide toute la nuit au point d'avoir des courbatures musculaires le matin. Vkp. dit elle-même : « Je veux tout faire avec raideur, même le sommeil ; quand je dors à moitié, je me recroqueville jusque dans mes doigts de pied, jamais je ne puis me laisser aller dans mon lit, je ne peux plus réussir à me reposer. » Déjerine en est arrivé à faire les mêmes remarques quand il dit : « C'est la banalité même que de donner à un malade le conseil de se reposer, dans le fait il n'y a pas d'agent thérapeutique qui soit plus mal manié ; le repos au lit n'est rien si le malade se fatigue dans des attitudes dysharmoniques, s'il s'immobilise dans son lit dans des attitudes vicieuses amenant de l'engourdissement des membres et de la congestion de la tête » (461). Un de mes malades allait encore plus loin : on découvrit un jour de grandes ecchymoses sur la face interne et postérieure du mollet, du genou, de la cuisse gauche et sur la face antérieure de la jambe droite. Ces ecchymoses étaient produites par la friction, tellement il serrait fortement la jambe gauche sur la jambe droite.

Ce que nous observons à propos des mouvements est encore plus vrai à propos des pensées et des efforts moraux. Dubois donne à ces malades d'excellents conseils : « Écartez tous vos tracas, enlevez toutes vos préoccupations, tournez votre esprit vers des sujets plaisants. » C'est charmant, mais n'est-ce pas un peu ironique quand il s'agit d'individus qui sont imparfaitement incapables de diriger leurs pensées et d'arrêter leur attention

sur un point choisi. Quand ils sont immobiles dans leur lit et inoccupés, ils se forgent continuellement mille chimères; ils s'épuisent en calculs et en combinaisons difficiles, ils font de grands efforts pour arriver à des résolutions difficiles. Naturellement ils n'y parviennent pas et ces efforts amènent encore d'autres dérivations motrices ou mentales. C'est ce qui fait que Vom., h. 19, ne peut continuer le traitement car au bout de 15 jours il est beaucoup plus inquiet et agité qu'au début. Rel., f. 40, prend dans son lit de l'agitation génitale et se masturbe continuellement ce qu'elle ne faisait pas auparavant. Gj., h. 49, est bien plus agité si on l'empêche de se lever, il éprouve le besoin de marcher constamment « comme si on avait besoin de lui quelque part ». Quand la situation du malade est importante, ces préoccupations sont encore plus graves: je suis convaincu que que si j'avais forcé Uk. à rester loin de son usine, si je l'avais complètement empêché de surveiller ses affaires, j'aurais considérablement aggravé son état. Tous les aliénistes savent bien que dans la mesure du possible il faut laisser l'agitation se dépenser. On ne détermine pas le repos en forçant le malade à s'agiter d'une autre manière.

Nous rencontrons dans cette étude du traitement par le repos une autre difficulté à propos d'un fait singulier bien connu par les aliénistes, mais qui ne me semble pas avoir suffisamment attiré l'attention. Il n'est pas toujours exact que les névropathes et les aliénés fassent immédiatement des progrès moraux quand ils sont reposés et physiquement fortifiés. Moreau (de Tours) remarquait déjà que certains malades ont des délires furieux après une bonne nuit de sommeil et qu'ils sont calmes s'ils n'ont pas dormi¹. Zs., f. 65, présentant un grand délire mélancolique anxieux, a une bonne nuit de temps en temps: la journée suivante est beaucoup plus mauvaise avec recrudescence de l'agitation, des violences et du délire: elle est mieux et plus calme après les mauvaises nuits quand elle paraît très fatiguée. M^{me} Z. qui « faisait des efforts désespérés pour se reposer et pour dormir » y arrivait quelquefois. Voici qu'elle a dormi avec calme plusieurs heures, elle se réveille avec peine dans un état singulier, elle est trépidante de tout le corps, angoissée: tous ses ties, toutes ses douleurs, toutes ses lamentations ont augmenté dans des

¹ Moreau (de Tours) *Les Hystériques*, p. 37.

proportions étonnantes. « C'est trop fort, dit-elle, dormir me rend malade, je ne suis plus bonne à rien après un sommeil, je m'entends gémir comme si j'accouchais et j'ai des besoins de braire, je suis mieux après une mauvaise nuit et quand je suis épuisée de fatigue. » Elle rappelle à ce propos qu'elle était beaucoup mieux autrefois après des grandes crises d'agitation qui l'épuisaient complètement. On observe souvent le même fait chez des malades mélancoliques. Au cours de certains traitements reconstituants par des régimes, par des toniques divers on observe une augmentation de poids, une amélioration visible de la santé et en même temps une aggravation des souffrances, des obsessions et des délires. Gn., par exemple, ne peut pas tolérer les traitements hydrothérapiques qui le tonifient mais qui aggravent ses troubles mentaux.

Il est impossible d'étudier ici ce fait d'une manière complète car il faudrait le rapprocher d'un autre phénomène aussi curieux qui nous montre une amélioration de l'état névropathique au cours des maladies débilitantes et après les dépenses épuisantes : nous reprendrons plus utilement cette étude à propos des excitations et des décharges. Il suffit de rappeler ici que ce fait est en relation avec une loi psychologique qui nous paraît fort importante. Dans les conditions normales chez les individus bien équilibrés une certaine relation doit être maintenue entre les forces disponibles et la tension psychologique ; il n'est pas bon d'acquiescer une grande force quand la tension psychologique est faible, il en résulte de l'agitation et du désordre.

Dans les théories précédentes de la fatigue et du repos on ne se préoccupe tout le temps que de la faiblesse et de la force psychologique, on ne s'intéresse qu'à l'acquisition de la force entendue comme puissance, rapidité, durée des mouvements sans se préoccuper de la tension, c'est-à-dire du degré de l'activation des tendances supérieures. Or c'est là une erreur très grave, car la maladie nerveuse ou mentale, bien qu'elle soit souvent accompagnée de faiblesse du corps, est autre chose qu'un simple affaiblissement organique ou musculaire. La simple faiblesse organique, l'anémie complète, l'état cachectique des tuberculeux ou des cancéreux ne sont pas de la psychasténie ou de la mélancolie. Sans doute on espère, ou on suppose par sous-entendu que la tension psychologique se relèvera toute seule à la suite de l'augmentation des forces. Cela arrive quelquefois, mais ce n'est ni

général ni nécessaire et quand le relèvement des forces se fait seul par le repos et la suralimentation on ne prépare que l'agitation et le désordre.

Cette dernière réflexion confirme nos études précédentes et montre à quel point cette conception de la maladie et du traitement est simpliste. Il est à peu près chimérique d'essayer de supprimer toutes les dépenses d'un être vivant et de l'amener à une cessation complète de tous les paiements. Les économies que l'on espère réaliser de cette manière sont souvent illusoire et si elles existaient ne lui laisseraient entre les mains que des ressources mal ordonnées dont il ne saurait que faire.

Nous arrivons à cette conclusion c'est que dans un très grand nombre de cas il n'y a pas lieu de supprimer tous les mouvements et de réduire le malade à l'immobilité, il suffit de quelque prudence dans la dépense des forces physiques. Tel malade s'épuise vite par la station debout prolongée, tels autres ne peuvent pas sans inconvénients faire de longues marches : cela indique quelques précautions faciles. Bien des femmes ont repris leur calme simplement par la réduction de leur ménage. Le traitement de Vkp., celui de Fn. ont été intéressants à ce point de vue. Il n'a pas été nécessaire de les immobiliser au lit au delà de quelques jours : il a suffi de les faire lever tard, de les faire reposer deux heures après chaque repas ; mais il a surtout été important de régler minutieusement leur travail physique. Vkp. a bien compris combien il fallait se délier des efforts trop grands, de la précipitation dans les soins de son ménage ; elle a consenti à avoir un ménage plus petit, moins bien tenu, à satisfaire un peu moins les exigences de sa mère : « Vous m'avez fait comprendre qu'il me faut une petite vie restreinte et je finis par croire que vous avez raison. Je ne peux pas étendre mon existence ni chercher trop de relations, car alors je ne peux plus me surveiller et je perds mon contrôle ; je suis obligée à une stricte économie de mes forces. » Depuis des années elle a ainsi évité complètement des crises de dépression qui se répétaient à chaque instant et qui l'avaient déjà conduite à l'asile. Dm., F. 31, s'épuise de même et s'affole dans son ménage : il suffit de lui interdire les visites et de placer chez elle une personne qui s'occupe du ménage et des enfants pour qu'elle se calme : « Tout change chez moi, les meubles qui ne me semblaient plus réels et qui avaient l'air sale reprennent un aspect correct, ils se nettoient. » On a de la peine

à comprendre cette vérité fondamentale, c'est que quelquefois le rôle des médecins consiste à régler le ménage des névropathes.

On peut se placer au même point de vue pour considérer la discipline des actes sexuels qui peuvent être l'occasion de grandes dépenses de forces. Il faut quelquefois les rétablir et nous verrons qu'il y a quelque chose de juste dans les remarques que le professeur de Vienne faisait à ce propos. Mais il ne faut pas exagérer cette remarque et très souvent il y a lieu de supprimer ou de restreindre des actes sexuels que ces malades accomplissent d'une manière incomplète et fatigante. L'interruption des relations sexuelles chez Éa., h. 40, et ensuite leur réglementation ont joué un rôle important dans son traitement. Les masturbations passent souvent inaperçues surtout chez les jeunes filles qui les pratiquent quelquefois sans se rendre compte de leur importance : Céline, f. 28, se plaignait naïvement d'une vibration dans le ventre, de secousses dans le bas-ventre et ne se rendait pas compte que cela était dû à une masturbation qu'elle pratiquait perpétuellement dès qu'elle était assise. Chez certains sujets comme chez celui-ci il suffit d'explications et d'éducation, chez d'autres il est nécessaire d'exercer une surveillance perpétuelle ou de prendre des précautions qui sont connues.

Mais déjà dans ces dernières réglementations du ménage et de la vie sexuelle le repos est compris d'une manière particulière, ce n'est plus la simple immobilité, c'est une organisation économique des dépenses.

7. — LES ÉCONOMIES RAISONNÉES ET LA VIE RESTREINTE.

Plus souvent qu'on ne le croit le remède nous est indiqué par les malades eux-mêmes. Tous les symptômes d'une maladie ne sont pas des manifestations du mal, ils sont souvent la conséquence de la résistance de l'organisme et constituent des symptômes de défense. On connaît de nombreux phénomènes de ce genre dans la pathologie viscérale où la fièvre et la congestion sont des réactions protectrices. Il en est de même dans la pathologie mentale et il faut savoir reconnaître que certaines conduites des malades n'ont pas toujours un point de départ absurde.

Nous avons une disposition à considérer les maladies surtout

les maladies mentales comme des choses fatales dont on porte le germe en soi-même et que l'on ne peut éviter. Je suis convaincu au contraire que les maladies mentales dépendent en grande partie de la vie que mène le sujet et de la situation dans laquelle il est placé. Nous côtoyons tous les jours en les considérant comme des personnes tout à fait sensées et normales un grand nombre d'individus qui ont reçu par hérédité une constitution mentale excessivement faible et qui auraient succombé, qui seraient actuellement dans des asiles, si la destinée ne leur avait ménagé une vie tranquille et facile. Les individus au tempérament psychasténique qu'il faut bien distinguer des psychasténiques arrivés avec des accidents caractéristiques peuvent être considérés comme des plantes de serre chaude qui vivent parfaitement et s'épanouissent si elles sont toujours à l'abri, mais qui succombent au moindre courant d'air. Il y a autour de nous nombre de braves gens, nés avec une fortune suffisante, dans un milieu simple, qui n'ont pas eu d'instruction dangereuse, ni d'occasions qui excitent l'ambition, et qui parviennent à la fin de leur vie sans aucun désordre malgré leur extrême susceptibilité. Comme le disait encore le P^r Putnam dans ses conférences au Lowell Institute en 1905, on certain prévalent nervous derangement, « ces personnes doivent l'unité de leur esprit à sa limitation ».

Bien mieux, il y a des sujets de ce genre qui se rendent plus ou moins compte de leur faiblesse et qui se créent habilement un milieu à leur usage. Ils savent découvrir d'humbles fonctions qui n'exigent ni grands efforts ni initiative dangereuse : les ministères, les grandes administrations sont souvent des retraites pour des gens qui ont besoin d'une vie réglée par des supérieurs sans à-coups et sans responsabilités. Ils ne se marient pas, ils n'ont pas de maîtresses, pas d'enfants, ils fréquentent peu de personnes et ils font une attention énorme au choix des rares individus à qui ils permettent de les approcher ; ils vivent seuls autant que possible afin de ne pas avoir de concessions à faire. Ils dépensent peu tout en étant riches, ils ne se mêlent d'aucune affaire, ils n'attaquent personne, ils ne rivalisent avec personne. Leurs précautions, leur silence, car ils savent se taire sur leurs propres affaires, font qu'ils sont rarement exposés aux attaques. D'ailleurs ils font semblant de ne pas voir, de ne pas sentir le mal et se cachent la tête comme les autruches : s'il le faut.

ils supportent les attaques, « ils font le gros dos et se laissent planter des clous dans les épaules » plutôt que de combattre. Ils savent échapper aux ordres, aux demandes : « Quand on les secoue, ils se butent, ils se renferment dans leur coquille ou vous glissent entre les doigts et personne n'a d'action sur eux. » Le public les appelle des égoïstes et des lâches, ce sont peut-être des sages.

Les malades dont la tension psychologique est faible ont parfaitement reconnu les actes qui sont dangereux pour eux. Toutes les *phobies* de la fatigue que nous avons étudiées au début de ce chapitre ont pour point de départ la constatation du danger que présente l'effort ainsi que l'activation de toutes les tendances ergétiques. Beaucoup d'autres phobies sont en rapport avec la crainte de la décision à prendre après réflexions, avec le souci d'éviter l'activation des tendances réfléchies.

Un très grand nombre de psychasténiques qui ont été tourmentés par des scrupules religieux renoncent d'eux-mêmes à toute religion. C'est là un fait curieux dont je pourrais citer vingt exemples : « Décidément la religion ne me réussit pas... Je ne peux pas entrer dans une église raisonnablement, il vaut mieux ne pas y entrer du tout. » D'autres renoncent aux beaux-arts, aux études, etc. Quelquefois ces renoncements ne sont que momentanés : Cq. prétend qu'il a dû cesser de jouer du violon parce que cet acte s'accompagnait toujours de sentiments sacrilèges, mais qu'après un an de repos il a pu recommencer : il est vrai qu'il vient de cesser de nouveau peut-être pour longtemps. Des femmes dont nous avons vu les tourments dans la recherche de l'amour et de l'intimité se calment en renouçant plus ou moins réellement à tous les sentiments : « Je vais aller mieux si je me décide à renoncer au bonheur. » — « Quand une chose finit par m'être trop pénible, je m'en vais loin par la pensée et rien ne peut plus me toucher... Je mets mes sentiments dans une vitrine... On est plus gentille avec son mari quand on l'aime moins, je vais m'en désintéresser. » Ce sont là des procédés d'économie qui résultent du sentiment exact de la misère. M. L. Dupuis le disait justement dans son étude sur le moindre effort : « L'homme ne disposant que d'une quantité d'énergie limitée cherche instinctivement à en réduire la consommation. Si les grands actifs, véritables génies en leur genre, gaspillent leurs forces sans compter, tous les faibles, lymphatiques, vieillards, psychasténiques se

déroberent à l'effort autant qu'ils le peuvent et manifestent une répugnance à l'action coûteuse¹ ».

Ces précautions et ces procédés d'économie donnent naissance à de curieux symptômes pathologiques : voici à ce propos une conduite qui m'a souvent intéressé et que je propose d'appeler *la manie de la liquidation* ou au degré plus fort l'impulsion à la liquidation. Irène, par exemple, est extrêmement affectueuse et dévouée et elle souffre cruellement de la plus légère séparation. Une de ses cousines qu'elle aime beaucoup lui fait un jour des reproches immérités et s'éloigne d'elle probablement d'une façon momentanée. Irène en souffre beaucoup, elle devient à la suite de cette petite rupture malade pendant plusieurs mois et tout à fait obsédée par le regret de l'affection de sa cousine. Puis, quand elle commence à se rétablir, elle cesse tout d'un coup de parler de cette cousine, elle ne veut plus s'en occuper; quand on lui en parle, elle refuse avec indifférence tous les rapprochements : « Ce sont des gens sortis de ma vie, tournons la page. » Je suis ainsi amené à remarquer que très souvent « elle tourne la page » à propos de toutes les personnes ou de toutes les choses qui lui présentent quelques difficultés.

Ce caractère m'a paru fréquent; chez beaucoup de personnes il devient très accentué et tout à fait maladif. Très fréquemment Yd., h. 33, semble être envahi par la terreur folle d'une situation dans laquelle il se trouve et où quelquefois il s'est mis lui-même imprudemment quelque temps auparavant. Il ne pense plus qu'à une chose, c'est à se débarrasser de cette situation, à n'importe quel prix. C'est son association industrielle qu'il faut rompre immédiatement; ce sont ses fiançailles qu'il faut rompre tout de suite, qu'il considère déjà comme rompues avant d'avoir prévenu personne; c'est un voyage entrepris qu'il faut arrêter immédiatement. Il ne consent pas à attendre, à louvoyer, à prendre quelques précautions, à essayer de s'en tirer à meilleur compte; il n'a d'égards pour rien, ni pour personne; il faut liquider tout de suite, quoiqu'il en coûte, et il est pris d'angoisses pour le moindre retard. Dans l'ordre moral ce phénomène est l'équivalent de la fugue si fréquente chez les névropathes de toute espèce et qui les pousse « à partir d'ici tout de suite, pour aller n'importe où, pourvu que l'on ne soit plus ici ».

1. L. Dupuis, Le moindre effort en psychologie, *Revue psychologique*, 1911, II, p. 104.

Ces procédés de liquidation deviennent vite, comme je l'ai dit, des manies et des impulsions ; les efforts pour fuir les situations difficiles ne tardent pas à se transformer en actions absurdes et à devenir des phobies. Ces malades commencent par éviter des actions complexes, rapides ou trop prolongées pour leur tension psychologique : au début, ils n'ont pas absolument tort. Mais peu à peu le jeune homme fuit tous les salons quels qu'ils soient, le notaire prend en horreur son étude, le prêtre ne peut plus voir son confessionnal, le médecin a une peur horrible des malades et des ordonnances : les angoisses et les phobies deviennent un trouble pathologique de plus. Cq. cesse non seulement de jouer du violon mais même de s'habiller, il reste dans le vestibule immobile son parapluie à la main : « Je le remettrai dans le porte-parapluie quand ma tête sera reposée, l'essentiel est de ne rien faire avec la tête fatiguée. » Claire a commencé par la résolution de ne pas se marier parce qu'elle s'en sentait incapable, elle en arrive à la phobie de tous les objets longs et allongés et ne veut plus toucher une bouteille parce qu'elle rappelle la pensée du membre viril. Au point de départ se trouvaient des précautions légitimes et des réactions de défense, au terme se trouvent des phobies ridicules et des délires.

Le rôle du médecin est précisément de comprendre ces réactions de défense et de les restreindre quand il y a lieu, de les diriger et de les utiliser. Il est évident qu'il doit lutter contre les phobies quand elles deviennent exagérées et dangereuses. C'est pourquoi je redoute le traitement de Weir Mitchell par le repos complet, qui risque de développer la phobie de la fatigue, comme je l'ai montré par plusieurs exemples. Quand on se trouve en présence d'une phobie chez un malade qui refuse de sortir de sa chambre, qui a des angoisses dès qu'il entend parler d'un acte génital, ou qui ne peut plus sans terreur faire un acte de sa profession, il est nécessaire de faire une analyse psychologique. S'agit-il d'angoisses déterminées par association d'idées, par interprétation, par la manie de liquidation, etc., ou s'agit-il d'une précaution légitime contre un acte difficile qui détermine des derivations dangereuses. C'est là un diagnostic délicat qui doit être fait dans chaque cas particulier et pour lequel il est difficile de donner des règles générales. Nous retrouverons d'ailleurs ce problème augmenté de difficultés nouvelles quand nous

aurons à étudier le traitement par excitation. Quoi qu'il en soit, si l'on a reconnu qu'il s'agit d'une phobie exagérée et absurde, il faut s'opposer à son développement et exercer le malade à faire les actes qu'il redoute, c'est là un traitement dont nous nous occuperons dans un prochain chapitre. Mais il faut savoir constater que dans certains cas les craintes du malade ont un point de départ sérieux et en tenir compte. Dans d'autres cas plus nombreux le malade n'a pas de craintes à propos de certains actes et c'est le médecin qui doit reconnaître que ces actes présentent pour lui des difficultés et des dangers et qui doit les restreindre. Le traitement par le repos prend alors un nouveau sens et se transforme en un traitement indispensable chez les névropathes, le traitement par *la simplification de la vie*.

Le premier point de ce traitement consiste à supprimer les efforts perpétuels, déterminés par *les accrochages*, il faut « désaccrocher » les malades, c'est-à-dire solutionner autant que possible les situations complexes dans lesquelles ils se trouvent et dans lesquelles ils s'empêtrent. Dans certains cas les plus simples c'est à nous à faire nous-mêmes les actes qui modifient les circonstances extérieures et qui amènent la solution dont le malade a besoin. Il faut prendre les responsabilités, formuler les décisions, faire les efforts nécessaires et mettre le malade devant le problème solutionné. On doit de cette manière supprimer des situations fausses et l'on ne se figure pas combien de maladies mentales en apparence graves et que les médecins baptisaient de beaux noms étrangers disparaissent dès que l'on a pu mettre fin à une situation délicate et difficile. La confession de Vok., h. 27, étant obtenue, il a été aisé de régler en dehors de lui le sort de sa maîtresse et de l'en débarrasser, ce qui a guéri son état d'agitation d'une façon étonnamment rapide. Il a fallu liquider de même les intrigues compliquées de Wkv., f. 22, ce qui n'a pas été très simple, parce que la pauvre fille nous suppliait de ne rien révéler aux parents de toutes ces histoires : elle a retrouvé du calme dès qu'elle s'est sentie débarrassée. Hélas j'ai dû au moins huit fois procéder à des ruptures de fiançailles quelquefois pénibles. X. l'un de ces fiancés était affolé parce que sa fiancée e avait un trait dur dans la figure et qu'il avait peur d'une personne ayant un trait dur dans la figure e. C'était un chaste, effrayé par les femmes, qui avait des agitations mentales de toutes espèces, des troubles de perception assez graves et dont la pensée

ne pouvant déjà plus se fixer « papillonnait » à chaque instant. J'ai eu peur d'accidents plus graves et j'ai été obligé de faire comprendre à la famille et à la pauvre fiancée qu'il était nécessaire d'interrompre complètement ces fiancailles malheureuses : X. se rétablit complètement en six semaines.

Dans d'autres cas le « désaccrochage » est plus difficile parce que nous ne pouvons pas nous-mêmes faire tous les actes qui solutionnent : il est nécessaire d'en faire faire quelques-uns par le malade lui-même. Par exemple quand il s'agit de ces jeunes gens qu'une proposition de mariage a rendus malades et qui pendant des mois s'épuisent en efforts surhumains pour arriver à un « oui » ou à un « non », le médecin après examen de la situation doit non seulement prendre la décision, mais il doit la faire accepter par le malade et lui faire prononcer le mot décisif. Quand le mariage a été accompli le médecin doit le conserver ou le dissoudre, mais il doit faire agir le sujet en conséquence. Il s'agit ici d'un problème capital pour le médecin aliéniste celui de faire faire une action importante et utile par son malade. Ce problème doit être traité à part et nous le retrouverons dans le chapitre des traitements par excitation. Nous ne considérons ici ces actions que par un seul côté, au point de vue de l'économie qu'elles permettent après leur exécution. Tous ces malades une fois « désaccrochés » vont reprendre leur chemin et on est étonné de la facilité avec laquelle ils avancent quand on a supprimé cet obstacle contre lequel ils épuisaient leurs forces.

Ce n'est pas assez de supprimer un accrochage, il faut prendre des précautions pour que le char ne s'accroche pas de nouveau deux pas plus loin et c'est pour cela qu'il faut le mettre sur un chemin sans ornières et sans cailloux. Déjà dans mes premières études sur le traitement de l'hystérie en 1894 je parlais de la simplicité de la vie nécessaire au névropathe : « Le vrai remède de l'hystérie, disait Briquet¹, c'est le bonheur. Cela est profondément vrai, mais il faut entendre quel est le bonheur qui convient à une hystérique : je le résumerai en un mot, c'est la vie facile où tous les problèmes de la famille, de l'amour, de la religion sont réduits au minimum, dans lequel sont soigneusement écartées les luttes de chaque jour toujours nouvelles, les préoccupations de l'avenir et les combinaisons compliquées. Sans doute

1. Briquet, *De l'hystérie*, 1859, pp. 365-615.

la fortune est un grand élément de cette facilité de l'existence : j'ai vu des hystériques guéries par un héritage et ce remède n'est pas à la portée de tous les malades : mais le choix d'une carrière, d'un milieu favorable, le renoncement à des ambitions trop grandes peuvent aussi contribuer à ce bonheur tout particulier¹. » Ces recommandations générales que je faisais autrefois peuvent nous permettre aujourd'hui des applications plus particulières.

Beaucoup de médecins ont compris l'importance de cette simplification de la vie : Grasset disait très bien que pour empêcher les maladies nerveuses de s'aggraver il fallait « interdire aux prédisposés les luttes, les rivalités, les concours, les professions dangereuses avec concurrence, les situations où le travail cérébral n'est pas limité aux heures vraiment professionnelles de la journée² ». Les malades que nous avons à soigner sont ceux qui n'ont pas su restreindre leur vie de cette manière et qui ont eu la prétention extravagante « de vouloir vivre comme tout le monde ». Beaucoup de médecins, Grancher en particulier, ont appris aux tuberculeux qu'ils doivent pendant des années se résigner à une vie différente de celle des autres. Nous devons faire comprendre aux névropathes qu'il en est de même pour eux et qu'ils éviteront des faillites terribles en économisant tous les jours sou par sou les richesses psychologiques. Pour préciser cette direction il serait bon de connaître quelles sont pour le malade les actions particulièrement dangereuses. Quoiqu'il y ait beaucoup de variétés individuelles on peut se guider par l'étude que nous venons de faire des actes supérieurs et plus coûteux.

Quoique cela paraisse très difficile au premier abord, il faut autant que possible supprimer au malade le travail et l'effort : les travaux longtemps prolongés doivent être supprimés non seulement à cause des dépenses qu'ils provoquent mais pour une autre raison très importante, c'est qu'ils exposent aux échecs. Les insuccès exigent des liquidations que les malades ne savent pas faire et déterminent des recommencements et des travaux interminables, mais en outre ils amènent par eux-mêmes une dépression considérable. La dépression psychologique n'est pas seulement en rapport avec les épuisements des actions excessives

1. Traitement psychologique de l'hystérie. *Traité de thérapeutique etologique* de Robin, XV, p. 140. *État mental des hystériques*, 3^e édition, 1911, p. 677.

2. Grasset, Défense sociale contre les maladies nerveuses. *Revue des idées*, 1906, p. 173.

et prolongées, elle se produit encore primitivement comme par un réflexe dans certaines circonstances. L'homme possède un mécanisme par lequel il élève ou abaisse sa tension suivant les circonstances : comme nous ne nous occupons en ce moment que de l'abaissement, il suffit de rappeler que l'homme sait abaisser énormément sa tension quand il s'endort, quand il se repose ou se détend. Une des circonstances où cet abaissement est très net, c'est l'échec d'une action : la déception, le sentiment d'une faute, l'idée d'une punition, la représentation des forces dépensées en vain, celle des efforts qui restent à faire, provoquent une dépression et ce phénomène est encore plus marqué chez les névropathes si disposés à se décourager, à se mésestimer, à se juger incapables. Il vaut donc infiniment mieux pour eux renoncer à une action que de s'exposer à un échec. Une des difficultés que l'on rencontre à ce propos est causée par les scrupules de malades qui se croient moralement obligés de travailler, de se dévouer « de faire quelque chose d'utile pendant la guerre ». Il faut, quand cela est possible, leur préparer un travail plus apparent que réel où la partie difficile de la tâche soit faite par d'autres et qui satisfasse leur conscience sans les fatiguer réellement ; il faut surtout leur faire comprendre que leur premier devoir est de conserver leur raison et les amener à renoncer à des efforts inutiles et dangereux.

Enfin il faut diminuer chez eux l'intervention des tendances réfléchies et rendre plus rares les décisions volontaires et les croyances raisonnées. Les changements qui nécessitent des adaptations de ce genre doivent être soigneusement évités. Un grand principe du traitement des névropathes c'est que leur vie doit être excessivement régulière et monotone. Il faut se méfier perpétuellement des parents agités qui, sous prétexte de chercher le mieux, réclament sans cesse des changements pour les malades. Pour tout névropathe le meilleur changement est encore un désastre car il retarde toujours sa guérison de plusieurs mois et il faut autant que possible l'éviter.

Quand les changements qui exigent des actions sont indispensables, un bon procédé pour éviter l'intervention de la réflexion c'est de ne pas laisser au malade le temps de réfléchir. Quand un acte doit être fait par lui, il ne faut jamais l'en prévenir d'avance, pour éviter qu'il ne puisse s'y appesantir et qu'il ne commence le travail de la réflexion, il faut le mettre au dernier moment en présence de l'acte à faire et le pousser à terminer le

plus rapidement possible par l'assentiment immédiat. On redoutait énormément un déménagement nécessaire pour une malade que tout changement de ce genre affolait d'ordinaire pour une longue période. Sur mon conseil le déménagement fut fait à son insu pendant une absence et la malade fut placée sans explication dans sa chambre nouvelle, le trouble fut réduit au minimum. Les gardes de Clarisse ont très bien organisé sous ma direction la vie de leur malade : d'abord en réglant méticuleusement l'emploi de chaque minute et en n'admettant jamais aucune modification, puis en lui faisant exécuter brusquement les quelques actes nouveaux inévitables sans la prévenir jamais avant le dernier moment : les grandes crises d'aboulie sont devenues beaucoup plus rares.

Les observations que nous avons résumées au début de ce chapitre nous présentent des applications nombreuses de cette méthode de simplification et de renoncement. La suppression complète ou presque complète des exercices religieux est indispensable chez les jeunes gens troublés par la première communion ou par les problèmes religieux de la puberté morale. L'interdiction formelle des confessions et des communions par le médecin « qui en prend la responsabilité morale » dégage la responsabilité du malade, lui permet de poser moins souvent le problème, de le remettre à plus tard, de l'oublier. Cette interdiction quand elle est bien expliquée est le plus souvent bien acceptée, même par des familles très religieuses et il n'est pas difficile de la faire approuver par un prêtre intelligent pour rassurer les consciences. Il est facile de constater les bons effets de cette pratique dans une douzaine d'observations. L'interdiction doit-elle être définitive ? Dans certains cas, il en est ainsi et je connais trois femmes qui depuis une vingtaine d'années n'ont jamais pu reprendre les exercices religieux sans accidents. En général on peut répondre qu'il est rarement nécessaire de prolonger indéfiniment cette interdiction et, comme nous le verrons plus tard, il est quelquefois bon de faire un jour recommencer l'activité mentale religieuse ; mais en tous cas la suspension doit être longtemps prolongée jusqu'à la terminaison nette de la crise.

L'interdiction des études est plus connue et elle est souvent ordonnée par les médecins au début des troubles nerveux : il me semble qu'elle doit être faite avec prudence, d'abord parce que ces études sont importantes pour l'avenir du malade, ensuite parce qu'elles ne lui sont pas toujours nuisibles, bien au contraire.

L'arrêt des études ne doit pas être décidé, comme on le fait d'ordinaire « simplement pour reposer le malade », mais uniquement quand l'analyse psychologique établit que le travail intellectuel intervient dans la pathogénie de l'épuisement. Dans trois cas j'ai vu survenir rapidement la guérison chez des femmes qui s'étaient imprudemment engagées dans des études supérieures et des examens qui n'étaient pas à leur portée. Dans cinq autres cas la suppression des études chez des jeunes gens a eu rapidement des résultats favorables.

Il est intéressant d'insister sur la simplification des vacances que l'on rend souvent plus fatigantes que le travail scolaire, et sur le danger des voyages que l'on impose à des névropathes « pour les distraire ». Je viens de montrer combien le voyage est complexe et fatigant pour l'esprit et j'ai eu souvent l'occasion d'arrêter le développement de troubles nerveux graves en interrompant d'énormes et absurdes voyages autour du monde ordonnés précisément comme thérapeutique. Au lieu de les faire changer d'appartement et de les faire voyager, il faut laisser les névropathes épuisés longtemps dans le même milieu. On ne se figure pas le temps qui leur est nécessaire pour s'habituer à un endroit et pour le faire pénétrer dans leurs habitudes motrices.

Quand cela est nécessaire, il faut interrompre le travail professionnel si l'analyse établit qu'il est en réalité responsable des troubles. Nous avons vu guérir rapidement des domestiques renvoyées de la ville à leur campagne, des notaires ou des médecins qui renouaient à leur profession. Il faut comprendre sans s'indigner que Daniel ne peut pas supporter le service militaire en campagne et lui faire obtenir un poste auxiliaire où il rend encore des services sans perdre la tête. L'histoire de Lxy. est également démonstrative. Comme on l'a vu, cet homme de 40 ans était tombé dans un état mélancolique grave parce qu'on lui avait donné une situation plus élevée dans une banque. Il est curieux de constater avec quelle rapidité il se guérit, quand j'ai obtenu qu'il reprit son ancienne place. Il a été plus difficile de régler le travail de Uk. dans son usine, mais on a pu l'aider à restreindre momentanément ses affaires, à prendre plus de collaborateurs, on a pu lui cacher des responsabilités. Quand il s'agit de malades encore plus affaiblis, il faut leur rendre tous les actes plus faciles. Ainsi il faut obtenir que M^{me} Z. mange toujours seule et que Emile ne parle qu'à une seule personne à la fois, car

ils se troublent si plusieurs personnes sont en même temps dans la chambre et compliquent l'acte du repas ou de la conversation. A tous les degrés c'est toujours la simplification, la réduction de l'acte et de la dépense. Même quand le malade semble rétabli, quand la crise de dépression est guérie, c'est encore en le préservant des ambitions et des aventures, en lui apprenant à restreindre et à cacher sa vie qu'on le préservera le mieux des rechutes.

Ces méthodes de simplification de la vie sont à mon avis plus justes et plus pratiques que les traitements en apparence plus simples par le complet repos au lit. Sans doute dans certains cas ce repos est momentanément utile, quand il s'agit de malades amaigris et cachectiques; mais il a bien des inconvénients et ne peut être longtemps prolongé. Le plus souvent il laisse subsister dans l'esprit du malade des traces et des causes d'épuisement bien plus grandes que ne seraient les mouvements du malade hors du lit. Il ne faut pas avoir la prétention enfantine de reposer en supprimant tous les actes sans exception, il faut se donner la peine de chercher quel est l'acte qui épuise et supprimer précisément celui-là et rien que celui-là.

Il n'en est pas moins vrai que ces méthodes de restriction dérivent de l'idée fondamentale du traitement des névropathes par le repos, par l'économie de l'action qui reste, comme on le verra de plus en plus, une méthode de traitement bien spéciale et de grande valeur. M. Morton Prince m'a dit que sur la fin de sa vie Weir Mitchell avait désavoué sa propre méthode. Il aurait reconnu que le repos complet au lit n'avait pas de valeur par lui-même, qu'il n'était en réalité qu'un prétexte aux conversations du médecin et une sorte de traitement moralisateur. Si cela est exact, Weir Mitchell aurait été atteint lui aussi par l'épidémie de la moralisation, il aurait eu la même faiblesse que M. Bernheim qui, comme nous l'avons vu, désavouait l'hypnotisme pour se convertir à la moralisation à la mode. Ces abdications sont des faiblesses morales et elle sont aussi des erreurs: le traitement des névropathes par le repos, comme le traitement par la suggestion hypnotique sont des traitements différents de la moralisation générale et banale. Ils lui sont supérieurs, car ils sont beaucoup plus précis, ils ont des applications bien plus déterminées, mais ils ne peuvent prendre toute leur valeur qu'après une analyse psychologique et un diagnostic beaucoup plus complets du malade.

CHAPITRE II

LES TRAITEMENTS PAR L'ISOLEMENT

Les principales difficultés de la vie se trouvent dans les relations sociales et les hommes ont senti depuis longtemps que les actions les plus épuisantes étaient les actions sociales. C'est là ce qui a été le point de départ d'une thérapeutique souvent associée avec celle du repos dans le traitement des maladies nerveuses, la thérapeutique par l'isolement.

I. — HISTORIQUE DES TRAITEMENTS PAR L'ISOLEMENT.

Ce mot « isolement » signifie séparation du milieu social, rupture aussi complète que possible des liens qui nous unissent à nos semblables : pour des hommes bien portants il semble le comble de la misère au point de vue matériel et au point de vue moral. Aussi semble-t-il que l'isolement de la société des hommes soit un grand mal : les anciens tragiques grecs nous ont exprimé le désespoir de l'isolement dans les lamentations de Philoctète, les modernes nous ont décrit ces souffrances chez les Robinsons dans les îles désertes, chez les prisonniers qui vivent isolés.

Cependant il doit y avoir dans l'isolement quelque raison d'être et même quelque charme puisque nous le voyons pratiqué sous différentes formes par les diverses religions¹ : sur ce point, comme sur les précédents, on voit la religion inaugurer les diverses méthodes de psychothérapie. Dans les religions de l'Inde ou de l'Égypte et surtout dans la religion Chrétienne nous

1. Des notions historiques sur l'isolement ont été réunies d'une manière intéressante dans l'ouvrage de MM. Camus et Pagniez, *Isololement et psychothérapie*, 1924, p. 8 et sq. (F. Alcan).

voyons des hommes qui se retirent de la société de leurs semblables pour vivre dans le désert, dans les forêts, dans des cavernes à l'état d'isolement plus ou moins absolu : on leur donne le nom de moine, « μοναχός », qui vit seul. Quelques-uns, les ermites, les reclus, les anachorètes vivaient tout à fait isolés dans des grottes ou des cellules, mais le plus souvent l'isolement fut limité de manière à conserver ses avantages sans avoir ses inconvénients. Les hommes qui voulaient s'isoler se réunissaient entre eux pour conserver les avantages de la division du travail et pour ne supprimer de la société que ce qu'ils voulaient lui enlever. Ce fut malgré la contradiction des termes, une société de gens vivant seuls. Ainsi se formèrent les couvents qui furent innombrables dans l'Inde ancienne : quelques-uns de ces anciens couvents furent construits dans la montagne même, ils étaient creusés dans le roc même et décorés sur toutes leurs parois d'innombrables sculptures. Au III^e siècle de l'ère chrétienne l'amour de la solitude grandit comme une épidémie : on connaît les noms de certains grands anachorètes, saint Benoît, 480-543, le fondateur de l'ordre des Cisterciens (Trappistes), saint Antoine, saint Pacome, Cassien. D'innombrables couvents se formèrent de tous les côtés dont plusieurs subsistent encore aujourd'hui. Les hommes s'y réfugiaient pour échapper à la vie brutale et batailleuse de leur temps, pour y trouver le repos et la tranquillité favorable aux méditations élevées. Certainement des faibles, des incapables de la lutte, des vaincus de l'existence s'y réfugiaient déjà.

Plus tard les laïques eux-mêmes cherchèrent à profiter des bienfaits de cet isolement et nous voyons au XVII^e siècle « les Solitaires de Port Royal » quitter le monde et pratiquer un isolement relatif dont plusieurs d'entre eux ont célébré les charmes, en particulier Arnauld d'Andilly dans une ode sur « la solitude ». A ce moment l'isolement devint presque à la mode et les solitaires ont été dépeints dans la Clélie. Encore aujourd'hui les religions conseillent les pratiques de la retraite pendant laquelle l'individu s'éloigne de son milieu habituel pour aller vivre quelque temps dans une maison religieuse où il prie, médite, s'examine et s'améliore moralement¹. « La solitude est à l'esprit, disait Vauvenargue, ce que la diète est au corps. »

1. Camus et Pagniez *op. cit.*, p. 9.

Ce n'est qu'à une époque plus récente que la médecine suivant l'exemple donné par la religion, comme elle l'avait fait bien souvent, commença à utiliser pour quelques-uns de ses malades ce procédé de traitement par l'isolement plus ou moins complet. Jean Weyer, 1579, préconisait déjà l'isolement pour séparer les possédés les uns des autres. Raulin au XVIII^e siècle, Zimmermann, 1788, recommandent la même méthode pour soigner des névropathes et des aliénés ; Cullen et Willis l'avaient déjà utilisée pour soigner la maladie de Georges III, 1772-1840. Philippe Pinel, 1745-1826, organisa ce traitement dans sa célèbre réforme des maisons où on enfermait les aliénés : « Il faut, disait-il, isoler le malade de sa famille, de ses amis, écarter de lui tous ceux dont l'affection imprudente peut entretenir un état d'agitation perpétuelle ou même aggraver le danger ; en d'autres termes, il faut changer l'atmosphère morale dans laquelle l'aliéné doit vivre. » A l'époque où Pinel inaugurait la réforme du traitement des aliénés, une réforme analogue se préparait en Angleterre par la création d'une maison de santé nommée « la retraite d'York » qui fut le berceau des asiles Anglais. Le promoteur de la retraite d'York était William Tuke ; c'est en 1792 que le projet prit naissance et en 1796 la retraite fut construite entièrement grâce à des souscriptions volontaires. Les promoteurs de cette Retraite ne connurent qu'en 1806 la réforme faite à Bicêtre par Pinel. Le petit fils de William Tuke, Samuel Tuke, fut pendant 40 ans le directeur de la Retraite, il en publia l'histoire en 1813 et le célèbre D^r Hack Tuke, l'auteur du livre, « L'esprit et le corps », est son fils¹. Esquirol, 1772-1840, continua en France l'œuvre de Pinel : dans son mémoire de 1822 il recommande l'isolement pour tous les aliénés en remarquant qu'on leur évite ainsi toutes sortes de souffrances et que l'on peut réaliser un traitement qui serait impraticable dans leur famille². C'est à cette époque que se fondèrent en France de tous les côtés ces belles maisons de santé dans de grands parcs qui ont conquis une juste célébrité³.

Au début, ce traitement par l'isolement n'était appliqué qu'aux aliénés proprement dits, quoique Briquet préconisait déjà la révulsion morale et le changement de milieu dans le traitement de

1. Cf. l'ouvrage de Hack Tuke sur « la Retraite d'York » ainsi que son étude sur « *Practical and Systematic* », 1841.

2. Esquirol, *Œuvres*, t. 1, p. 66.

3. Cf. René S. meunier, *Les grands aliénistes français*, 1894.

l'hystérie¹. Weir Mitchel et Playfair en Amérique. Charcot en France. Burkart en Allemagne enseignèrent qu'il était utile de faire profiter d'autres malades des bénéfices de ce traitement². L'isolement qui avait rendu tant de services dans le traitement des aliénés fut appliqué par eux au traitement de diverses névroses, de l'hystérie, de la neurasthénie. « Je ne saurais trop insister devant vous, disait Charcot, sur l'importance capitale que j'attache à l'isolement dans le traitement de l'hystérie, ou, sans contestation possible, l'élément psychique joue dans la plupart des cas un rôle considérable, quand il n'est pas prédominant. Il y a près de quinze ans que je suis fermement attaché à cette doctrine et tout ce que j'ai vu depuis quinze ans, tout ce que je vois journellement ne fait que me confirmer de plus en plus dans mon opinion³. » Le procédé était bien simple. Il consistait uniquement à retirer le malade de sa famille et à le transporter brusquement dans un endroit tout à fait inconnu de lui. L'hydrothérapie, alors tout à fait à la mode dans le traitement des névroses, offrait justement un prétexte commode pour justifier ce changement de domicile. Charcot exigeait le plus souvent que le malade ne vit plus aucun membre de sa famille et ne reçût plus aucune nouvelle. Il racontait souvent qu'une lettre reçue mal à propos arrêta tous les progrès d'une malade, qu'une jeune fille docile jusque-là cessa complètement d'obéir quand elle sut que sa mère passait souvent sous les fenêtres de sa chambre. Les disciples de Charcot, Gilles de la Tourette en particulier, travaillèrent à répandre et à appliquer cette thérapeutique des névroses. « Il faut, disait Ball, rompre le cercle magique ou se tient la victime, il faut l'arracher violemment aux sympathies exagérées et nuisibles de son entourage et lui ôter l'envie de jouer une comédie perpétuelle en supprimant les spectateurs dont la complaisance l'encourage à persévérer dans son rôle. » Ainsi s'organisèrent à ce moment dans les divers pays un autre genre de maisons de santé, adaptées non plus aux aliénés proprement dits, mais à ces demi-aliénés que l'on traitait sous le nom de névropathes.

1. Briquet, *De l'hystérie*, 1859, p. 611.

2. Cf. J. Plampris, *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie et de quelques autres maladies*, Thèse, Paris, 1895.

3. Charcot, *Œuvres*, III, p. 318. Cf. *Progress médical*, 18 février 1885; *Chirurgie*, III, pp. 330, 333; *Le journal de Médecine*, I, p. 117.

Une variété assez curieuse de ce traitement de Charcot fut organisée à la Salpêtrière par Déjerine, 1895, qui imagina d'isoler encore mieux les malades en les séparant complètement les uns des autres et en les forçant à rester indéfiniment immobiles dans des lits entourés de rideaux baissés. Nous avons déjà décrit « cette salle où tous les lits sont entourés de rideaux blancs bien fermés » à propos des traitements par la moralisation. Il y a là en effet une combinaison assez étrange du repos de Weir Mitchell, de l'isolement de Charcot et de la moralisation de Dubois (de Berne)¹.

Il ne me semble pas que cette forme exagérée de l'isolement se soit beaucoup développée. M. Deschamps, qui pousse à l'extrême, comme on l'a vu, la théorie de la fatigue et la thérapeutique par le repos, ne va pas tout à fait aussi loin que Déjerine et ne veut pas maintenir indéfiniment le névropathe entre des rideaux fermés, mais il réclame que le malade vive dans la maison de santé bien séparé de la société du dehors. « Le malade, dit-il, ne peut supporter de son lit la vie qui l'entoure, si réduite soit-elle. Les bruits du dedans et du dehors, la conversation indispensable, les préoccupations familiales qu'il est contraint de partager, les ordres à donner, les sympathies excessives et les dissentiments inévitables sont pour lui une perpétuelle et irrésistible fatigue... Et puis trop souvent l'entourage ne comprend rien à cette affaire ; que de tragi-comédies se jouent autour du lit d'un asthénique... La famille est à la fois ce qu'il y a de meilleur et de pire, elle est souvent pire... Le malade doit toujours être placé dans un sanatorium spécial où il ne verra que le médecin². »

En général, cependant, l'isolement des malades dans les Sanatoriums n'est guère sévère : le malade est simplement séparé de sa famille qu'il continue cependant à voir de temps en temps, il fréquente plus ou moins les autres malades et les personnes de la maison. Il s'agit surtout d'un changement de milieu et du placement dans un milieu artificiel. Quoi qu'il en soit de ces différentes formes le traitement par l'isolement est appliqué de plus en plus aux névropathes comme aux aliénés.

1. Cf. Fauvet, *Traitement de la neurasthénie par l'isolement*, 1897 ; Th. Manto, *Traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement*. Thèse, 1899 ; Camus et Pagniez, *Isolément et psychothérapie*, 1904.

2. Deschamps, *op. cit.*, p. 336.

2. — LES EFFETS LES PLUS APPARENTS DE L'ISOLEMENT.

Sans aucun doute ce traitement des aliénés et des névropathes par l'isolement dans un établissement spécial n'est pas une panacée et présente des inconvénients. Il a été l'objet de certaines critiques qui ont été cependant moins nombreuses et moins nettement formulées que les critiques adressées au traitement par le repos.

Une des objections les plus banales, celle qui vient le plus souvent à l'esprit des parents quand on leur propose ce traitement pour un malade, c'est que dans ces maisons se trouvent réunis un grand nombre de sujets présentant précisément des troubles de l'esprit. Le malade trouvera là non seulement des occasions de troubles et d'émotions, mais encore des exemples fâcheux qui pourront faire impression sur lui et par le mécanisme de l'imitation et de la suggestion transformer et aggraver ses propres accidents. J'ai décrit moi-même autrefois cinq jeunes filles qui chacune dans sa famille avait des symptômes différents et qui, réunies dans une même salle d'hôpital, prirent toutes l'habitude de la même attaque et du même délire. On a prétendu non sans quelque exagération que dans la clinique de Charcot une forme grave d'hystérie s'est ainsi développée par une sorte de culture artificielle. Ce qui se passe ainsi pour certains accidents hystériques doit se produire de la même manière pour des phobies, des idées hypocondriaques, des délires. Il n'est pas rare de constater dans le langage d'un malade ainsi interné des idées, des fragments d'explication délirante qui sont évidemment empruntés au langage d'un malade voisin. N'est il pas fâcheux d'enrichir ainsi la maladie de l'un en y ajoutant les symptômes de l'autre ?

C'est précisément cet inconvénient que Dejerine a voulu supprimer en isolant complètement chaque malade des autres, en l'enfermant dans son lit derrière des rideaux pendant des semaines et des mois. Ce procédé a été sévèrement critiqué par divers auteurs, en particulier par M. Sollier. Il peut, à mon avis, avoir de bons effets au début, quand il n'est appliqué que pendant quelques jours, mais il est évidemment peu admissible quand il s'agit de traitements de longue durée. Le malade s'impatiente, ou bien il simule la guérison pour avoir la paix, ou bien il fait

du tapage pour se faire renvoyer, comme beaucoup se sont vantés auprès de moi de l'avoir fait. Les organisateurs de ce traitement se sont en effet ménagé une porte de sortie en imitant M. Dubois (de Berne) et en déclarant qu'ils ne traitent ainsi que des névropathes et non des aliénés. Quand un malade s'obstine à ne pas guérir, on le déclare aliéné et tout est dit. Peut-être pourrait-on perfectionner cette thérapeutique en plaçant chaque malade dans une véritable cellule où il pourrait vivre plus longtemps isolé. M. Jolly a publié des remarques intéressantes sur les condamnés à l'isolement total dans certaines prisons de Belgique ; il a constaté que l'intelligence ne se perd pas autant qu'on le croirait, qu'il y a des réformes et des évolutions mentales¹. Les études n'ont pas été faites suffisamment sur ce point et je doute que des esprits malades supportent aussi bien cette claustration. Quand il s'agit de malades riches, quelques maisons de santé comme la célèbre maison de Falret ont offert une solution plus élégante. Chaque malade habite seul dans son pavillon et son jardin, entouré de ses gardes, sans connaître les autres malades de la maison. Cette méthode ne peut être appliquée que dans des conditions très spéciales et elle est rarement appliquée d'une façon complète. En pratique, il est à peu près inévitable que les différents malades se voient et se parlent les uns aux autres.

Cet inconvénient est en réalité beaucoup moins important qu'on ne le suppose au premier abord. Il est évident que les accidents vus à l'hôpital chez d'autres malades impressionnent beaucoup moins que les accidents névropathiques observés à la maison chez des proches. A l'hôpital le sujet voit bien que ce sont des phénomènes pathologiques présentés comme tels et il n'y trouve pas le caractère effrayant et étrange qu'on lui faisait trop remarquer dans la famille. Le danger n'est pas tant dans la vue d'une crise de nerfs, d'un délire, mais dans la vue de l'admiration, de la terreur superstitieuse que cette crise détermine chez les assistants. Le danger de l'imitation ou de la suggestion n'existe guère quand il s'agit de malades atteints de psychoses diverses ou de dépression psychasténique. Si de temps en temps un sujet fait entrer dans ses interprétations délirantes une formule de son voisin, cela n'a pas grande importance, car il ne s'agit que de formules

1. H. Jolly, *Problèmes de morale criminelle*, 1910, le problème pénitentiaire, p. 193.

et, s'il n'avait pas pris celle-là, il en aurait trouvé une autre. son état fondamental est au fond resté le même. En général ces malades sont fort indifférents les uns aux autres et ne se laissent guère influencer par le spectacle des autres troubles. La suggestion ne présente guère de l'importance que chez certains malades particuliers et il suffit de certaines précautions en général assez faciles pour leur éviter certains spectacles et pour réduire beaucoup ce danger.

D'autres critiques semblent plus graves : il s'agit là d'un milieu artificiel qui ne prépare pas du tout le malade à la vie réelle. Il ne supprime les troubles que momentanément car ceux-ci réapparaîtront dès que le malade sortira de la maison de santé. Cela est trop souvent la vérité : Une jeune fille de 19 ans entrée à l'hôpital ne présente plus de troubles anorexiques et mange correctement. Elle retombe dès qu'elle rentre chez elle, refusant d'abord un repas, puis l'autre ; en quinze jours elle est revenue à son état antérieur. Une autre jeune fille de 24 ans présentait une incontinence d'urine, nettement hystérique ; cette incontinence cesse complètement quand elle est isolée dans un sanatorium où elle reste deux mois en apparence sans aucun trouble : mais tout réapparaît dès qu'elle rentre chez elle. A plus forte raison en est-il de même pour les obsessions hypocondriaques, pour les divers troubles en rapport avec la dépression psychasténique. Beaucoup de ces malades qui ont été soulagés par l'isolement retombent dès qu'ils rentrent chez eux. Ce genre de traitement a donné naissance à une race de névropathes qui passent sans cesse d'un sanatorium à un autre et qui consomment la plus grande partie de leur vie en dehors de la société réelle.

Il y a malheureusement un fait plus grave encore qui montre encore mieux la faible puissance thérapeutique de l'isolement, c'est que les asiles sont remplis de malades chroniques incurables. La maison de santé n'est pas uniquement un établissement de traitement, elle devient malheureusement trop souvent un refuge, une garderie où restent indéfiniment sans espoir de sortie les malheureux qu'elle n'a pas pu guérir. On nous dira bien que ces malades qui restent chroniques étaient incurables d'emblée, qu'ils avaient dès le début une maladie spéciale dont le pronostic était fatal et que l'on aurait dû diagnostiquer immédiatement. C'est la thèse que soutiennent aujourd'hui plusieurs auteurs à propos de la démence précoce sous forme confusionnelle ou paranoïaque.

Je ne puis accepter cette opinion : le groupe de malades que l'on range sous ce nom est très confus ; il se peut qu'il contienne quelques malades présentant dès le début des lésions cérébrales incurables, mais on ne nous a donné jusqu'à présent aucun moyen de les reconnaître, les autres sont au début identiques aux névropathes que nous connaissons sous le nom d'hystériques ou de psychasténiques. Les paranoïaques ont très souvent débuté par des formes de délire psychasténique, les déments précoces sont très souvent des psychasténiques graves chez lesquels l'abaissement de la tension psychologique a continué à augmenter malgré le repos et malgré l'internement. Il y a donc énormément de névropathes que l'isolement ne guérit pas et cela est tellement évident qu'il est inutile d'énumérer de nombreux exemples malheureusement trop aisés à recueillir.

On peut même se demander si dans certains cas l'isolement trop complet et une vie trop monotone n'ont pas une influence fatale. Leuret était déjà opposé à cet isolement trop strict : « Les idées et les passions, disait-il, sont nécessaires à l'intelligence humaine et les supprimer c'est contribuer à son anéantissement total¹. » Dans certains asiles ouverts, comme dans l'asile de Gheel, en Belgique, on a montré que les déments eux-mêmes étaient susceptibles de quelque progrès quand on les faisait vivre dans des familles et s'occuper de quelques petits travaux. Sans doute l'isolement pendant quelques mois n'a pas de danger, tout au plus le malade après sa sortie aura-t-il besoin d'une certaine rééducation pour reprendre l'habitude de la société. Mais si l'isolement est trop prolongé et dure des années le malade s'habitue vite à cette vie facile sans relations et sans difficultés sociales et peut devenir incapable de reprendre jamais une existence plus compliquée. Il y a des troubles causés par l'abus de l'isolement comme nous avons vu des troubles qui étaient causés par l'abus du repos au lit.

En opposition à ces critiques, de nombreux auteurs ont exposé les avantages que présentait cet isolement et en particulier les arguments présentés par Chareot sont devenus classiques. Les sujets, disait-il, sont devenus malades parce qu'ils trouvaient dans leur milieu de fâcheux exemples de troubles névropathiques ;

1. Leuret, *Essais psychologiques sur la folie*, 1848, p. 168.

le milieu où ils vivaient était malsain, car beaucoup de maladies nerveuses sont contagieuses par l'exemple. C'est ce qui produisait autrefois les épidémies de convulsions de chorée, d'aboiement ; de folie démoniaque dans les couvents ou dans les écoles. Certaines idées fixes sont sans cesse éveillées par les conversations du milieu où elles ont pris naissance. Tel est le cas de cette famille adonnée aux pratiques du spiritisme dont il parlait souvent dans ses leçons¹.

Les troubles névropathiques du sujet lui-même sont souvent entretenus par cette admiration, cette terreur ou cette pitié trop indulgente de son entourage et il est bon qu'il se trouve dans un milieu plus habitué à ce genre de troubles et qui les estime à leur juste valeur. « Nil admirari », se plaisait-il à répéter, cela est aussi nécessaire dans le traitement que dans l'étude des névropathes.

Un changement de milieu et de condition facilite beaucoup les changements de conduite. Il y a dans les névroses une part d'habitude et d'automatisme entretenue par le milieu. Le malade emporte sans doute ses idées fixes avec lui, mais il y pense moins dans un milieu différent qui ne l'entretient dans aucune de ses associations d'idées ordinaires et dans les cas favorables il finit par les oublier. Dans beaucoup de cas, il suffirait au malade d'un petit effort pour se débarrasser de mauvaises habitudes ; un changement de milieu donne l'occasion de faire cet effort et le facilite.

L'isolement peut aussi jouer un rôle d'excitant et déterminer l'effort : en effet, il peut être présenté sinon tout à fait comme une punition au moins comme un procédé pénible nécessité par l'état de santé du malade et qui deviendra inutile dès les premiers signes de guérison, c'est le point de vue sur lequel insistaient MM. Mathieu et Roux dans leur étude sur l'hystérie gastrique². En effet, dans ce milieu étranger le malade ne se sent plus aussi libre qu'à la maison et il se sent plus dans la main du médecin. Une personne qui dans sa famille se fait un point d'honneur de résister va devenir trop heureuse d'écouter le médecin et de lui obéir quand elle est seule : Charcot cite à ce

1. Charcot, *Œuvres*, III, p. 236.

2. A. Mathieu et J. Ch. Roux, Hystérie gastrique, *Gazette des hôpitaux*, 1^{er} février 1906.

sujet une lettre frappante d'une malade qui lui dit qu'elle a cédé et qu'elle a mangé parce qu'elle a senti qu'il était le maître¹. Bien des malades m'ont déclaré qu'elles n'auraient jamais cédé devant leurs maris, « que pour rien au monde elle n'aurait consenti à marcher si maman avait pu la voir ». Une jeune fille de 20 ans qui chez elle avait à chaque instant une grande attaque délirante avec hurlements, n'en a plus jamais à l'hôpital : « C'est que ici, dit-elle, je me donne la peine de m'arrêter, quand ça veut commencer. »

Enfin, il est facile de montrer également que l'isolement facilite l'hygiène et le traitement médical du malade. Il est clair par exemple qu'il est difficile de faire suivre un régime alimentaire à un névropathe à la table de famille et que cela est plus facile quand il vit séparément. Cela est surtout vrai pour les boulimiques qui mangent trop et pour les anorexiques qui ne mangent pas assez. L'isolement est également un moyen d'imposer le repos complet et d'appliquer divers autres traitements plus commodément. Il y a là un ensemble d'avantages qui avaient été bien compris dès le début et qui expliquaient les succès obtenus par l'isolement des malades dans des établissements spéciaux.

3. — LA CONDUITE SOCIALE DU NÉVROPATHE.

Pour mieux comprendre la valeur thérapeutique de l'isolement, pour appliquer avec plus de précision cet important procédé de traitement en conservant ses avantages et en réduisant ses inconvénients, il serait nécessaire de mieux comprendre un grand problème psychologique, celui de la dépense qu'exige l'activité sociale et des efforts coûteux que réclame la vie en société. Il nous faudrait des notions plus précises sur l'action qu'exercent les hommes les uns sur les autres, sur cette interpsychologie dont parlait Tardé et qui a été si peu étudiée. On ne se rend pas compte suffisamment combien un homme peut modifier la tension psychologique d'un autre homme et comme il détermine souvent par son action sur son prochain des abaissements de tension, de véritables crises de psycholepsie. Si on le

1. Charcot, *Ouvrages*, III, p. 243.

comprendait bien, on saurait quelles sont les sociétés, les individus qu'un malade doit éviter, on pourrait régler d'une façon plus pratique l'isolement que l'on cherche à rendre absolu faute de comprendre ses conditions.

Il est impossible d'entreprendre cette étude d'une manière générale, mais nous pouvons au moins l'amorcer en examinant un cas particulier. Je voudrais résumer ici un aspect important de la conduite du névropathe, sa conduite sociale : je voudrais rappeler comment il se conduit vis-à-vis des membres de sa famille, des personnes qui l'entourent immédiatement. Cette revue rapide nous permettra de chercher quelle influence cette conduite peut avoir sur les personnes de son entourage. Il sera ensuite plus facile de comprendre comment l'isolement, ou du moins la séparation de certaines personnes les unes des autres, est quelquefois si importante et si utile.

Les paresseuses et les abouliques sociales. — Nous savons que les névropathes n'ont aucun goût pour aucun travail, qu'ils ne savent pas commencer un acte, surtout quand il est nouveau, qu'ils s'en dégoûtent vite, s'ils ont pu l'entamer, qu'ils ne savent plus le terminer. Il en résulte qu'ils n'achevent rien de pratique, qu'ils ne s'adaptent à aucune situation, qu'ils acquièrent rarement et lentement ces habitudes qui sont le résultat de l'action bien faite. « Je n'ai jamais l'impression d'être chez moi, je n'ai jamais l'impression d'une tâche à remplir au logis, je n'ai pas d'ambition dans la réalité matérielle... J'ai l'horreur de tout ce qui est matériel et popotte, horreur du ménage, des collections, des photographies, des voyages, de tout enfin où il y a quelque chose à faire... Je ne prends pas d'habitude, pas d'accoutumance, rien ne m'entame, je suis toujours restée la même... » Envoyer une lettre chargée c'est pour un homme de cinquante ans « une monstruosité, comme de payer une note ». Ya..., femme de quarante ans, ne veut même pas essayer de prendre elle-même un billet de chemin de fer et de faire seule un petit voyage, « c'est là une chose absurde qu'elle n'a jamais faite de sa vie et qu'elle espère bien n'avoir jamais à faire ». Tout au plus accepterait-elle « des pratiques intellectuelles, je ne veux que des sensations et des idées éternelles... l'idée qu'une sensation, qu'un geste peut s'effacer suffit pour me dégoûter et je n'entreprends rien de ces choses qui passent. Je n'aime que les grands sentiments,

l'honneur, la patrie, la religion, ce qui dure... La nature qui recommence toujours la même chose est un spectacle immoral, **il ne faut pas s'en occuper.** »

En effet, quand ils sont forcés par les circonstances de commencer à réaliser un de ces actes qui leur répugne tellement, ils tombent dans l'agitation. Une activité inférieure et désordonnée vient remplacer l'acte utile : on connaît ces grands malades qui restent tranquilles sur leur chaise si on ne leur demande rien et qui s'agitent, qui crient, qui vomissent des injures, qui battent leurs gardes ou cassent des objets, quand il est l'heure de se lever, de s'habiller ou de déjeuner. Chez la plupart des malades même moins avancés, on provoque des gestes de colère, des grimaces, des rires interminables ou des obsessions de toute espèce dès qu'on insiste pour les faire causer ou pour leur faire accomplir un acte quelconque. « Dès que vous me mettez à table, je suis envahie par le remords... je crains de manquer de charité... je trouve tout cocasse et faux. »

Ces troubles fondamentaux de l'action se retrouvent bien entendu dans toutes les actions sociales. J'entends par action sociale toutes les actions dans lesquelles intervient même d'une manière lointaine la considération des autres hommes, de leur action sur nous ou de notre action sur eux. Considérons en particulier comme exemples deux actions sociales importantes, les actes de commandement et les actes d'affection : les psychasténiques sont étonnamment maladroits et impuissants dans ces deux actions fondamentales.

Ces personnes ne savent pas commander pas plus qu'elles ne savent obéir : on voit souvent des malades de ce genre qui n'ont jamais ouvert la bouche pour donner un ordre à leurs domestiques et qui préfèrent se servir eux-mêmes plutôt que de demander le moindre service : Wkx... se sauve même dans les couloirs pour ne pas rencontrer sa bonne. Le commandement réel suppose une insistance sur la formule de l'ordre, une répétition de cette formule jusqu'à ce qu'elle soit exécutée, une préparation à la lutte, un dressage continu des inférieurs, c'est-à-dire le maintien pendant un certain temps d'une tension assez élevée, ce dont ils sont bien incapables. L'obéissance, quoique plus facile à certains points de vue, demande également une certaine attention sur l'ordre, l'arrêt des tendances opposées, l'activation de la tendance éveillée jusqu'à l'acte réel et pour les mêmes raisons ces malades ne sont

pas plus capables d'obéir que de commander. Quand on leur demande ou quand on leur commande quelque chose, ils n'exécutent rien ; mais à la place de l'acte commandé ils présentent comme nous venons de le voir des colères, des agitations de toute espèce. Très souvent ces agitations se systématisent dans une résistance désespérée : non seulement ils ne font aucun mouvement en rapport avec l'acte qu'on leur demande, mais ils font des mouvements opposés, reculent, arrachent les vêtements qu'on essaye de leur faire mettre, etc. C'est là une des formes du syndrome que l'on a appelé le *négalicisme* et dont on fait souvent un caractère de la démence précoce. Ce symptôme existe en réalité plus ou moins chez tous les déprimés, il apparaît seulement plus vite et à propos d'actes plus simples chez les déments psychasténiques. On peut s'étonner que ces malades débiles et sans force pour agir dépensent pour résister une quantité d'énergie qui semble bien plus grande que celle exigée par l'acte lui-même. C'est que l'agitation et la résistance banale sont des actions beaucoup plus simples, de moindre tension et par conséquent plus faciles pour le déprimé que l'obéissance.

Ces malades parlent tout le temps de leurs sentiments et de leurs affections, ils ont même souvent la manie d'aimer ; mais il ne faut pas se laisser tromper par les apparences : ils sont en réalité fort incapables d'aimer réellement. Ils sont incapables de rendre service à l'occasion, d'épargner une peine, car ils ne sont jamais prêts au moment voulu ; ils sont effrayés de la complexité de l'acte qui s'ajouterait à leur petite besogne, ils ne savent jamais sacrifier un de leurs caprices, une de leurs perpétuelles exigences. D'ailleurs ces tendances affectueuses qui s'expriment par de grands mots ne sont pas assez profondes pour résister au moindre effort, elles disparaissent pour le plus léger prétexte, un malentendu insignifiant ou le simple éloignement pendant peu de temps : « Il faut que je voie constamment les gens pour les aimer, je les oublie dès que je ne les vois plus, je ne vous aimerai plus du tout si je ne vous vois que tous les quinze jours ». Beaucoup de ces malades reconnaissent qu'ils ne peuvent aimer réellement. « Les enfants, ce sont des petites bêtes encombrantes et je n'ai rien d'une poule... Je n'ai pu avoir qu'un instant d'affection pour mon mari... J'avais en moi la faculté d'aimer, elle a disparu quand les règles sont venues... Moi qui toute ma vie ai désiré me remplir le cœur d'affection parce que la vie n'est

rien sans cela, Dieu n'a pas voulu me donner la faculté d'avoir le cœur rempli... Je ne peux aimer faute de santé ; la santé me manque pour arriver à ce sentiment qui ne vient que chez les gens forts... Pour moi, quand je veux faire une chose, elle devient impossible. j'ai voulu aimer ma fille, je l'ai haïe. » Ils n'arrivent pas à constituer en eux les tendances qui font la vie de famille : « Je suis mariée depuis vingt ans et j'ai besoin d'efforts pour me rappeler que je suis mariée, je voudrais que l'on m'appelât Mademoiselle. Je suis restée la jeune fille très pure, n'ayant pas vécu de la vie de femme, je suis confuse, humiliée quand je pense que je ne suis plus vierge... Mon mari ne m'a pas animée, il a raté une belle occasion d'être un Pygmalion... Mon mari et mes six enfants disparaîtraient, je ne se sais pas si je m'en apercevrais ».

Je crois, quoique cela paraisse plus surprenant, que ces malades sont également incapables de haïr profondément ; quoiqu'ils expriment très souvent des sentiments de haine, ils auraient bien de la peine à sortir de leur inertie, à sacrifier leur tranquillité pour la satisfaction d'une rancune : une haine incapable d'affronter la lutte n'est pas bien profonde. En réalité ces malades sont surtout instables dans leurs tendances affectueuses ou haineuses, car la tendance vite épuisée laisse la place au développement momentané de la tendance contraire : « On ne peut jamais savoir comment on est avec elle ; pendant quelques jours elle paraît vous aimer énormément et puis tout d'un coup on s'aperçoit qu'elle vous déteste. » Simone, jeune fille de vingt-six ans, reconnaît elle-même qu'elle ne peut pas aimer tout le monde à la fois, elle est pendant quinze jours affectueuse avec sa mère et déteste sa garde, la voici qui recommence à détester sa mère et qui toute la journée fait des caresses à la garde.

Nous allons voir que les psychasténiques désirent énormément être aimés, mais il est bon de remarquer tout de suite qu'ils ne savent pas se faire aimer. Non seulement ils ne peuvent rendre aucun service, mais ils ne savent pas être aimables, plaire par leur accueil ou leur conversation : « Mes parents, disait Plo..., non sans justesse, sont à la fois poseurs et désordonnés, ils parlent tout le temps de faire du chic et d'épater les gens ; mais ils n'ont pas le courage d'être propres et bien tenus. Il y a constamment des pots de confitures sur les fauteuils du salon et des caleçons de papa dans la salle à manger..., ils disent qu'ils

veulent recevoir, mais ils veulent aussi pouvoir constamment laisser trainer leurs chaussettes... Aussi quand quelqu'un vient, ils poussent des cris, ne permettent pas d'entrer et personne ne revient plus... Alors mes parents crient qu'on les néglige ». Ils ne savent pas faire les efforts nécessaires soit pour écouter les gens, soit pour s'exprimer eux-mêmes : ils ne savent jamais ce qu'on leur a dit et ils ne veulent pas se donner la peine de se faire comprendre. « Je ne parle pas, parce que cela me fatigue de penser assez clairement pour que cela puisse s'exprimer. » Le plus souvent ils ne remarquent même pas cela, ils se contentent de bredouiller ou de bafouiller quelque chose, sans jamais terminer leurs phrases, ou bien ils sont longs, entortillés, « on a envie de tirer leurs phrases avec un tire-bouchon ». Ils sont cependant furieux si on ne les a pas compris, c'est-à-dire si on n'a pas fait pour les deviner le travail qu'ils n'ont pas voulu faire pour s'exprimer. Inquiet d'avoir à parler en société, ce qu'il se représente comme extrêmement grave, effrayé à la pensée de l'effort qu'il faut faire pour être poli, Tt..., homme de trente ans, devient irritable, brusque, colère et grossier : « C'est ridicule, je deviens puéril, je ne peux plus me conduire suivant mon éducation, ma classe sociale, je descends à un niveau inférieur avec de fausses idées, de fausses sensibilités ». La plupart d'ailleurs fuient cet effort social : Wkx..., ne veut plus voir personne et force sa femme à rompre avec tous leurs amis. Dl..., homme de cinquante-cinq ans, toujours inquiet et agité, se sauve dès que quelqu'un vient chez lui, il passe dans des rues détournées de peur de rencontrer quelqu'un, il se brouillerait avec tout le monde si sa femme ne passait pas son temps à le réconcilier. C'est cet ensemble de troubles sociaux que l'on appelle la timidité, en insistant trop sur les dérivations émotives qui sont secondaires et en oubliant la paresse sociale qui est l'essentiel. Les névropathes qui se plaignent toujours de vivre isolés sont des gens qui n'ont pas d'amis parce qu'ils sont incapables d'en avoir.

Les manies de la cachotterie, les manies du mensonge, les manies de l'empêchement. — A la place de ces actions normales et difficiles qu'ils ne savent pas faire, les névropathes font d'autres actions qui leur sont assez particulières. Remarquons d'abord qu'ils prennent beaucoup de précautions pour ne pas agir, pour ne pas être entraînés dans l'action qui leur est si

coûteuse : ils contiennent leurs désirs, ils évitent d'avoir des goûts particuliers, ils cultivent presque tous une sorte d'ascétisme qui n'est qu'une forme de la paresse¹ : le plaisir du luxe ou même celui de la toilette ne vaut jamais pour eux l'effort qu'il exigerait. C'est ainsi que j'expliquerais également un trait de caractère très fréquent chez eux, le goût du secret, le culte de la cachotterie. « Cache ta vie », a dit le sage, c'est le précepte qu'ils cultivent avec obstination. De même qu'ils veulent toujours laisser ignorer leur fortune, leur famille, leurs relations, ils ne veulent jamais dire où ils vont, ce qu'ils essaient de faire, ce qu'ils pensent : « je voudrais être pour tous un mystère. » Ils prétendent désirer l'affection, mais en réalité ils ont la terreur de l'intimité et ils tremblent que leur visage, leurs yeux, leur sourire ne les trahissent et ne permette à quelqu'un de pénétrer en dedans d'eux-mêmes : de là beaucoup d'obsessions et de phobies classiques. C'est qu'ils redoutent d'être connus : on verrait leur point faible, on pourrait les attaquer et surtout on pourrait les entraîner à se livrer davantage, on pourrait prendre des privautés avec eux, exiger d'eux de menus services, les mettre à contribution, les entraîner dans des dépenses ou plutôt dans des actions, ce qu'ils ont tant à cœur d'éviter.

Un procédé fort simple pour nous débarrasser de l'action, c'est *le mensonge*. Nos actions en effet sont bien souvent provoquées, exigées non par les circonstances elles-mêmes mais par les personnes qui nous entourent et qui ont vu ces circonstances. Si nous arrivons à changer la notion des événements dans l'esprit des parents, des maîtres, des personnes capables de nous commander, nous supprimerons par là même bien des ordres, bien des réclamations, bien des reproches et par conséquent bien des actions. C'est pourquoi le mensonge apparaît dès que la dépression dépasse le premier degré celui de la tristesse pour arriver au second degré celui de la paresse. Il devient habituel et prend la forme de la manie du mensonge quand cette dépression devient quelque peu chronique. La manie du mensonge chez un jeune homme doit être considérée comme un symptôme très caractéristique et faire prévoir l'évolution des troubles psychasténiques.

Cette manie du mensonge donne un aspect particulier à toute

1. Cf. *Obsessions et psychasténie*, 1903, I, p. 436, II, pp. 23, 346.

la conduite sociale de ces personnes qui devient différente de celle des autres hommes. Ils transforment tous leurs récits, ils donnent des motifs faux à toutes leurs actions, ils s'habituent à présenter toutes les choses autrement qu'elles ne sont et autrement qu'ils ne les voient. Ils en arrivent à ne plus comprendre, à ne plus admettre la sincérité même chez les autres. Ils soupçonnent perpétuellement leurs amis de mentir comme ils font eux-mêmes, ils se méfient de toutes les paroles et cherchent maladroitement à les vérifier. En même temps ils éprouvent un sentiment singulier que j'ai bien noté chez quelques-uns des malades précédents. Ils s'étonnent quand ils constatent de la franchise, ils semblent considérer que la franchise à leur égard est une sorte de grossièreté, une attitude hostile qu'ils déplorent. On peut dire, pour expliquer ce sentiment, qu'ils sont mécontents de voir chez les autres une vertu qu'ils ne peuvent avoir et qu'ils perçoivent un reproche dans cette franchise des autres. Il est plus juste de remarquer qu'ils ne veulent pas voir la réalité comme elle est et qu'ils considèrent comme un manque d'égards la brutalité de ceux qui leur montrent la vérité sans la farder.

Quand les personnes de leur entourage leur démontrent d'une manière évidente qu'ils ont menti, quand ils les prennent en flagrant délit, ils ne se reconnaissent pas vaincus. Ils embrouillent tout, ils nient l'évidence car ils complètent le mensonge à autrui par *le mensonge à eux-mêmes*. Ces malades, en effet, en arrivent à se mentir à eux-mêmes comme ils mentent aux autres, car on répète toujours vis-à-vis de soi-même la conduite que l'on a adoptée vis-à-vis d'autrui. C'est dans ce groupe que l'on rencontre si fréquemment ces jeunes filles qui se font envoyer des bouquets à elles-mêmes, qui s'écrivent à elles-mêmes des lettres d'amour, les mettent à la poste et éprouvent cependant une grande joie en les recevant. Cette manie du mensonge à soi-même joue un rôle important dans l'organisation des croyances et des délires : elle donne à la rêverie du paresseux une nuance spéciale, elle en fait une comédie à moitié reconnue comme telle et à moitié acceptée comme vraie; la connaissance de cet état d'esprit est nécessaire pour comprendre les somnambulismes et les divers accidents hystériques. Mais, en dehors de ces formes extrêmes du phénomène, le mensonge à soi-même joue un rôle dans la vie de tous les jours chez ces esprits faibles. Il leur permet de déformer la réalité à leurs propres yeux, de la rem-

placer par un monde imaginaire et facile, de ne pas voir les dangers qui les menacent, de fermer les yeux devant les circonstances qui exigeraient des efforts et toujours de ne pas entendre les appels à l'action.

Quand ils comprennent que malgré leurs cachotteries et leurs mensonges l'action des autres va les atteindre et qu'ils vont être forcés d'agir avec les autres, ils se résignent à agir, mais de la manière qui leur paraît la plus simple et la plus prudente, en refusant de s'associer à l'action d'autrui, en y résistant, en s'opposant de toute façon à ce qu'elle soit faite.

C'est là, si l'on veut, une forme du négativisme dont nous parlions tout à l'heure ; mais au lieu de résister simplement aux ordres, en refusant de faire eux-mêmes l'action qu'on leur demande et dont ils ont peur, ces malades travaillent à empêcher les actions des personnes qui les entourent, même quand ces personnes ne leur demandent rien à eux-mêmes. Bkf...., homme de cinquante-cinq ans, joue un rôle fort singulier dans la maison de commerce que son fils dirige en réalité à sa place : il cherche à arrêter toutes les actions de son fils ou de ses employés, « il est si inquiet et si entêté qu'il gêne tout, empêche tout ». Di...., femme de cinquante-sept ans, depuis bien des années rend la vie de sa famille bien difficile, elle contredit tout ce que l'on peut dire chez elle, elle est furieuse de tout ce qu'on essaye de faire, elle s'y oppose de toutes ses forces en déclarant toujours que cela est laid et ridicule, elle dérange constamment les rendez-vous du mari avec ses clients ou les travaux de ses fils : elle empêche tout le monde d'agir. Nob...., homme de quarante-cinq ans, a peur que sa femme ne dépense quelque argent, car il est inquiet et avare. Dès qu'elle a un projet quelconque, il semble d'abord l'accepter, mais il ajoute que cela tombe à un bien mauvais moment, car les affaires sont médiocres : le lendemain il annonce de mauvaises nouvelles et peu à peu déclare que la ruine est presque complète. Si sa femme a de lui effrayée renoncé à son projet, il se calme et ne parle plus jamais de cette ruine, à moins que l'on ne souleuvre une autre proposition de dépense. Comme il est lui-même ascète à la façon des déprimés, il ne désire rien et travaille à arrêter tous les désirs de sa femme : « Il a fini par écarter de nous tous les amis et par nous enlever tout le brillant de la vie ». Zso...., homme de cinquante ans, a adopté vis-à-vis de sa femme une autre tactique, il l'a accaparée et veut l'avoir

complètement à lui tout seul, il est plein de bonté, mais envahissant et il semble absorbé par la préoccupation de la santé de sa femme : il lui en parle tout le temps et ne la laisse pas remuer sans l'avertir qu'elle va se rendre malade. Il en arrive ainsi à l'isoler complètement et à vider la maison de tous les amis, il ne la laisse pas dire un mot sans la contredire, ni commencer un acte sans s'y opposer : « Tout cela il le fait par amour, car il est renfermé sur moi : il ne veut pas que je lise, même quand il s'endort sur un fauteuil près de moi ; au fond c'est parce qu'il veut que je pense constamment à lui : si je lisais je pourrais penser à autre chose et ne pas être immédiatement prête à lui répondre s'il se réveillait et voulait parler, aussi il me surveille même les yeux fermés et se réveille s'il entend tourner un feuillet. Mais il ne reconnaîtra jamais son égoïsme et me démontre que je vais me faire mal à la tête en lisant, il n'y a plus une seule action que je puisse faire sans compromettre ma santé ». Aj..., femme de trente-sept ans, a été toute sa vie une grande aboulique, incapable de prendre aucune décision dans son ménage : « Au début, dit son pauvre mari, j'ai été obligé de tout vouloir pour elle, il m'a fallu acheter la batterie de cuisine, l'argenterie, faire les déménagements, etc. Il fallait même que je lui choisisse ses robes et ses chapeaux. Vous ne vous figurez pas comme c'est absorbant de vivre pour deux... Cela allait encore quand elle me laissait faire, mais elle s'est imaginé maintenant qu'il était immoral de me laisser agir pour elle ; elle veut vouloir par elle-même. Son système est bien simple, il consiste à prendre le contre-pied rigoureux de tout ce que je lui propose, d'opposer son *veto* à tout et de résister désespérément. J'arrive quelquefois à lui faire accepter ce qui est nécessaire en lui proposant habilement le contraire, mais c'est bien compliqué... Si je ne lui propose plus rien, la voici désorientée ; le moyen de contredire lui faisant défaut, elle se noie dans un carton à chapeaux et elle pleure toute la nuit en disant que je ne l'aime plus : la vie est devenue impossible... » En réalité cette femme est maintenant plus malade qu'au début, elle ne peut même plus accomplir la petite part d'action que lui laissait le mari et elle a pris le procédé de s'opposer à tout. « Je ne peux pas penser ni agir en même temps que mon mari, dit-elle en gémissant, c'est trop compliqué, je ne suis pas à son niveau, je n'y serai jamais... Je cours après le temps, il me manque toujours un morceau de

temps, mon mari est trop rapide, moi je m'arrête à une difficulté qu'il ne veut pas voir, j'y reviens indéfiniment avec agacement, je suis comme une note de piano qui ne remonte pas, et je ne veux absolument pas qu'il avance avant que je ne l'aie rattrapé, il ne faut pourtant pas qu'il me laisse seule en arrière... »

Cette disposition à l'empêchement de l'action d'autrui peut dégénérer en véritable manie ; voici une description singulière que me donnait une personne à propos de la conduite de sa mère dans la famille : « Constamment, sans interruption elle interpelle les personnes présentes pour leur interdire quelque chose, fût-ce le plus petit mouvement : tu marches dans la pièce, tu ne vois donc pas que tu me fais du courant d'air... Ne sois donc pas raide et immobile comme cela, tu as l'air ridicule, cela m'agace... Ne te tiens pas ainsi, tu balances les bras... Tu ne dis rien, pourquoi ne parles-tu pas, c'est probablement parce que je suis là... Oh ne parle pas comme cela, tu me fais mal à la tête. Oh ces oiseaux qui chantent, fais-les donc taire. Elle a comme une inquiétude éparse autour d'elle qui met un frein en grinçant aigrement à tous les actes d'autrui, qu'elle surveille étroitement pour les empêcher tous. »

Dans certains cas cette résistance des abouliques est telle qu'elle supprime complètement toute action des autres. Dans la famille de Cy..., femme de vingt-huit ans, on est très embarrassé parce qu'elle interdit toute complication de luxe et de cuisine et qu'elle s'oppose à ce qu'on allume du feu pour cuire les aliments. La mère a réussi quelquefois à allumer du feu en cachette, mais la jeune fille surveille mieux, elle pleure, supplie, fait des scènes et la famille se résigne à ne plus manger que du pain et du fromage pour ne pas contrarier cette charmante enfant. Cette résistance à l'action d'autrui est l'une des formes les plus intéressantes de l'action sociale du névropathe.

4. — LES IMPULSIONS A LA RECHERCHE DE LA DOMINATION.

Les manies de l'aide. — Dans d'autres cas peut-être plus fréquents, le névropathe ne s'oppose pas complètement à l'acte d'autrui, mais il veut s'en mêler, y participer en quelque manière. D'abord il surveille ainsi cette action et espère pouvoir toujours l'arrêter ou la diriger à son avantage, mais surtout il espère

obtenir ainsi à peu de frais tous les bénéfices de l'action. L'action est utile sans doute par ses résultats matériels, mais surtout, ce que l'on ne sait pas assez, elle est excitante et relève la tension psychologique : c'est ce que nous étudierons dans un prochain chapitre. Notre malade le sait fort bien, et incapable d'agir par lui-même, il veut qu'on le fasse agir. Ce besoin de se mêler à l'acte d'autrui est si naturel que nous le voyons apparaître dans les conduites les plus vulgaires : qui n'a remarqué combien le public aime à s'arrêter et à faire cercle autour d'un travailleur quelconque qui enfonce des clous ou qui bâtit un mur, rien que pour le regarder faire ; des individus incapables d'aucun exercice physique restent des heures à regarder des coureurs ou des lutteurs, ou à lire indéfiniment des journaux de sports. Le même goût est plus fort encore chez le malade : « Mon rêve est d'être assise en face d'un homme qui travaille, surtout d'un homme qui écrit. Oh laissez-moi vous regarder écrire toute une soirée ». Le plus souvent il s'agit d'une collaboration plus complète, le malade veut que l'on agisse avec lui, que l'on fasse toutes les parties difficiles du travail, la mise en train, l'effort pour franchir les obstacles, etc., mais que l'on dissimule habilement la valeur de cette collaboration, qu'on lui laisse tout le bénéfice du travail et que l'on ajoute de la reconnaissance pour sa précieuse assistance. Bs..., homme de quarante et un ans, avait une maîtresse qui jouait parfaitement ce rôle, qui s'occupait de lui constamment, le faisait travailler, le faisait écrire un peu : quand elle l'abandonna, il fut complètement désemparé et tomba dans une dépression grave. Lydia ne peut rien faire sans sa sœur : « Il me faut la même sensation, la même action qu'elle, je ne peux rien faire si elle ne le fait pas avec moi..., ma vie est un reflet de celle de ma sœur et quoique nous soyons jumelles, c'est elle qui est l'aînée ». La mère de Bku... l'épuise en lui demandant tout le temps de travailler pour elle, de l'aider à faire quelque chose. « J'ai constamment besoin, dit Aj..., de quelqu'un qui me distraie, me fasse causer, m'aide à remettre mon armoire en ordre et mes idées en ordre... » « Pour m'entraîner au travail, dit Ye..., homme de vingt-huit ans, il me faudrait près de moi un jeune homme qui travaille son doctorat comme moi, qui en soit au même point et qui étudie les mêmes matières ». Sophie, quand elle commence à être malade, veut aider tout le monde à faire ce que l'on a à faire, « car elle rendra d'énormes services

et nous conduira tous à faire de belles choses et à avoir des pensées élevées ».

Cette manie de l'aide se présente, en effet, sous plusieurs formes, tantôt le malade demande à être aidé et cette manie se rapproche de la manie des interrogations, tantôt il veut aider lui-même, se mêler à l'action d'autrui et nous retrouverons cette disposition dans la manie des dévouements.

La manie du commandement, l'autoritarisme. — La meilleure collaboration, celle qui au moins en apparence coûte le moins de travail, c'est l'ordre, le commandement. Sans doute le commandement véritable, quand il implique initiative et direction, est fort difficile et nous avons vu que bien des malades en sont incapables. Mais il y a une partie élémentaire dans l'ordre qui consiste à formuler un acte sans l'accomplir soi-même, à insister sur cette formule jusqu'à ce qu'une autre personne l'accomplisse, sans se préoccuper de la valeur de l'acte commandé, de son utilité, de son intérêt. Un commandement de ce genre est assez simple et les faibles y trouvent une foule de satisfactions. Ils ont ainsi le sentiment de participer à l'acte d'autrui sans efforts ; ils peuvent ainsi modifier la conduite de ceux qui les entourent de manière à éviter les changements du milieu qu'ils redoutent. Si de tels commandements réussissent souvent à obtenir l'obéissance, l'individu qui a pris cette habitude de commander éprouve un certain sentiment de sécurité et de réconfort, en constatant que toutes ces personnes sont à sa disposition et qu'elles lui sont inférieures, cela le rassure et l'excite. Aussi voyons-nous très souvent des individus autoritaires chez qui l'ordre et le commandement ont donné naissance à de véritables manies.

L'habitude de la domination, la passion du commandement semblent d'ordinaire appartenir aux hommes énergiques dont la volonté est active et puissante. C'est pourquoi on est étonné de nous voir ranger l'autoritarisme parmi les symptômes de la dépression psychologique. Il suffit pour dissiper cet embarras de faire une distinction entre la domination réelle des forts et l'autoritarisme des faibles qui en est une parodie. L'ambitieux puissant poursuit un but, cherche à obtenir quelque grand résultat et la domination des autres hommes est un moyen dont il se sert pour arriver à ses fins : il n'est heureux de la puissance et de la domination que parce qu'elles lui permettent de multiplier son action.

En un mot son désir de la domination, comme le commandement véritable, a un but en dehors de lui-même. L'autoritarisme des déprimés n'a pas de but en dehors de lui-même : ces individus faibles qui n'ont guère de projets ni de désirs n'ont aucunement la pensée de faire exécuter quelque chose par les autres et ils ne s'intéressent guère aux résultats de l'action qu'ils commandent. Ils ne vérifient ce résultat que pour constater qu'ils ont été obéis, car c'est l'obéissance même qu'ils veulent obtenir pour elle-même, ils ne veulent dominer que pour dominer. C'est dans la domination même qu'ils trouvent une sécurité et un réconfort : la conduite des chefs véritables est une conduite de haute tension et l'imitation de cette conduite détermine comme par un reflet une certaine élévation de la tension chez les esprits faibles.

J'ai déjà cité autrefois beaucoup d'exemples de cette disposition morale qui joue dans les familles un rôle important¹. J'ai déjà fait observer que les autoritaires se divisent naturellement en deux groupes, les autoritaires doux, qui ne se servent pas de la violence, mais qui cherchent à obtenir l'obéissance par des supplications gémissantes et les autoritaires durs qui attaquent et menacent les personnes de leur famille quand ils les sentent faibles, afin de les réduire en esclavage. On pourrait ranger une dizaine d'observations dans le premier groupe : Bkf..., homme de cinquante ans, par exemple, laisse entendre constamment qu'il va mourir si on lui fait le grand chagrin d'agir autrement qu'il ne le désire. Quoique au fond peu intelligent, il est rusé comme un paysan madré et il sait tenir son monde dans une complète soumission. Lkc..., homme de cinquante-cinq ans, ne s'accorde jamais un moment de repos et impose la même activité fiévreuse à toutes les personnes qui l'entourent, parce qu'il est si dévoué, si bon et qu'il serait si malheureux si tout le monde ne lui obéissait pas perpétuellement. Zby..., homme de soixante ans, exigeant, tatillon, se figurant toujours qu'il va réussir des choses merveilleuses, obtient tout par des airs doucereux et par des promesses habiles. Lkd..., homme de quarante-cinq ans, toujours nerveux, inquiet des plus petites choses qui prennent pour lui des proportions énormes, s'est mis en tête, pour assurer son action, que « sa femme et lui ne doivent faire qu'un » ; il veut « par affection pour elle », l'éduquer, lui apprendre à faire tous les actes par

1. *Observations et psychiasténie*, 1903, I, p. 393, II, pp. 133, 173, 360, 370, 403.

raison, il lui fait étudier les questions d'hygiène et d'économie domestique, il obtient par une douce et perpétuelle insistance qu'elle écrive tous les soirs de longs résumés des événements de la journée et les lui présente à la fin de chaque semaine : « Il veut simplement, dit-il, la conduire à la perfection » ; il est bon, vertueux, austère, doctrinaire et insupportable. Byc..., qui est au fond un grand aboulique, n'a d'énergie que pour dominer sa femme, qu'il traite en enfant tout en prétendant la soutenir, il l'a aidée réellement dans certaines circonstances et il exige par reconnaissance une soumission parfaite. On peut aussi ranger dans cette catégorie, des enfants, des jeunes gens comme Cj..., âgé de quatorze ans, qui se cramponne à sa mère et ne lui laisse pas une seconde d'indépendance, ou Byd..., garçon de dix-huit ans, toujours obsédé par la préoccupation de l'opinion publique et tremblant devant les étrangers, mais orgueilleux et exigeant avec sa mère et sa sœur qu'il martyrise tout en gémissant.

Dans le second groupe je rangerais quinze de mes observations. On y peut placer des individus comme Cx..., homme de cinquante ans, autoritaire, dur, qui tient en main la fortune de toute la famille et qui exerce sa domination sur toute la maison, de telle manière que personne n'ose plus ni parler ni bouger. Lsx..., homme de cinquante ans, ne peut tolérer chez sa femme aucune idée, aucun mouvement, car il veut ordonner dans sa maison jusqu'aux moindres mouvements et il ne commande jamais que brutalement, d'une manière agressive : en réalité il ne tolère chez lui que des inférieurs payés par lui et qu'il croit à cause de cela bien domestiqués. Ew..., femme de quarante-cinq ans, est particulièrement intéressante : c'est une femme qui a toujours été méchante et qui ne peut vivre avec personne, elle cherche constamment à faire des scènes violentes à sa fille, afin qu'elle ait peur et ne songe pas à l'indépendance. Jalouse de toutes les personnes qui approchent sa fille et auxquelles celle-ci pourrait s'attacher, elle surveille toutes les portes de l'appartement, pour que personne n'approche de la chambre de sa fille sans qu'elle puisse immédiatement y aller aussi : elle critique toutes les actions dont elle entend parler, elle attaque toutes les personnes qui l'approchent, car elle se figure toujours qu'on empiète sur elle ; elle finit par renvoyer de sa maison son fils et sa fille, parce que « s'ils restaient, elle ne serait plus assez chez elle et ne commanderait plus suffisamment à ses domestiques... Je suis chez moi.

crie-t-elle tout le temps, et chez moi il est juste que je sois seule à donner des ordres et rien chez moi ne doit être fait sans mes ordres ». Ce qui ne l'empêche pas d'ailleurs de chercher à donner des ordres chez les autres et de chercher à se mêler des affaires de tout le monde. Fv... est aussi un type bien remarquable : cette femme âgée de soixante-dix ans a adopté un genre de vie extraordinaire, elle ne se couche jamais dans son lit et dort sur une chaise, elle mange à tort et à travers, sans repas réguliers, elle vit à peu près dans la saleté. Riche et avare, elle a toujours eu peur de manquer d'argent et a passé sa vie à dominer et à voler ses enfants : craignant toujours qu'ils ne finissent par s'élever au-dessus d'elle et la dominer, elle prenait ses précautions en leur retirant toutes les ressources possibles. Guh..., homme de cinquante ans, est un autoritaire terrible, « qui rend la vie des autres un calvaire : il exige constamment quelque chose, fût-ce la chose la plus absurde. S'il vous dit que cette table est ronde quand elle est carrée, il faudra bien que vous disiez comme lui, vous céderez pour avoir la paix et pour éviter des désastres ».

Dans une étude complète sur l'autoritarisme, il faudrait tenir compte des personnes sur lesquelles il s'exerce. Certains individus sont autoritaires avec tout le monde, mais c'est l'exception ; le plus souvent les névropathes de ce genre réservent cette attitude aux membres de leur famille. Une forme curieuse de l'autoritarisme familial consiste dans le désir de réunir et de maintenir toujours autour de soi tous les membres de la famille sans permettre à aucun de s'échapper, de sortir, d'agir isolément. Dans la famille Lox..., en particulier, la mère veut toujours que le père et tous les enfants même âgés soient constamment autour d'elle, restent avec elle, ne la quittent jamais : elle n'admet pas que l'un d'eux fasse un voyage seul, aille voir un ami, sorte un instant du groupe. On peut s'étonner de cette exigence, car les membres de la famille une fois réunis, elle ne leur demande rien et ne sait même pas leur parler. Mais peu importe, elle a besoin d'avoir sa cour autour d'elle à sa disposition pour l'entourer, la protéger ou la servir s'il y avait lieu : « Il faut qu'ils s'ennuient tous ensemble ».

Dans bien des cas cette manie de la domination se systématisait sur un individu déterminé, c'est-à-dire que le névropathe indifférent à toutes les autres ne cherche à exercer son autorité que sur une seule personne qu'il rêve de transformer en esclave. H...,

femme de cinquante-cinq ans, par exemple, semble sans volonté et peu exigeante, elle se laisse volontiers mener par tout le monde : elle n'a qu'une seule passion, celle de dominer sa fille déjà âgée de trente ans. Perpétuellement elle ordonne à sa fille de petites actions insignifiantes en elles-mêmes, de sortir, de rentrer, de changer de robe, etc. Elle veut la traiter en petite enfant et semble vérifier à chaque instant si sa fille accepte bien de continuer ce rôle. La moindre résistance, bien entendu, amène des fureurs et de véritables délires. Dans d'autres cas une femme ne veut exercer cette autorité que sur sa sœur; très souvent c'est le mari qui est choisi comme victime. J'ai cru remarquer à ce propos que certains individus sont particulièrement recherchés par les autoritaires. De même que certaines femmes par leur beauté ou par leur grâce attirent l'amour et sont souvent poursuivies plus qu'elles ne le voudraient par des amours exagérées. Il y a des personnes qui attirent sur elles la passion de la domination. Jsa..., femme de trente-six ans, est entourée d'une manière vraiment singulière par plusieurs personnes toutes également autoritaires, qui cherchent « à mettre le grappin sur elle » et qui se jalourent l'une l'autre. C'est une femme assez brillante, qui a l'air énergique et qui au fond ne l'est pas, elle inspire aux autoritaires l'idée d'une belle conquête et d'une conquête facile.

Cette tendance à commander des actions à son entourage, à les exiger impérieusement, peut se systématiser autrement et porter sur certaines actions spéciales que les névropathes réclament de leurs proches avec une fréquence et une insistance particulières. Ils exigent d'abord des précautions spéciales : ils établissent des règlements sur la façon dont on doit se conduire et dont on doit parler autour d'eux, pour que rien ne puisse donner naissance à leurs inquiétudes ou à leurs angoisses. Chez Kr..., homme de soixante-cinq ans, il ne faut pas le plus petit retard, car le pauvre homme ne peut rien attendre même une seule minute et tout le monde doit être mathématiquement à l'heure de sa montre. Beaucoup exigent qu'auprès d'eux on agisse ou on parle avec une grande lenteur, parce qu'ils sont eux-mêmes des lents et que le spectacle d'une action rapide les trouble et les inquiète : « Il lui faut une heure pour comprendre la moindre plaisanterie et il est furieux si d'autres auprès de lui ont l'air de la comprendre plus vite. » Chez d'autres il ne faut pas le plus petit désordre sur

les tables ni sur aucun meuble ; il ne faut faire aucun bruit en marchant, en mangeant, en dormant, etc. Lq.... homme de trente-cinq ans, qui ne peut pas regarder en face et qui a peur des yeux de sa femme, exige qu'elle se tienne de côté à table et regarde constamment à gauche de manière qu'il ne soit pas exposé à rencontrer ses yeux. Ceux-ci veulent qu'on prenne sans cesse des précautions : « Ils ont si peur des courants d'air qu'il ne faut pas ouvrir un tiroir dans leur chambre ». Ceux-là imposent des précautions morales pour éviter tout ce qui pourrait ressembler à une critique, une moquerie, une allusion à leur adresse. « Ne prononcez jamais un nom propre devant moi, il faudrait que pendant toute la nuit je cherche son prénom et son adresse, j'ai habitué tous les miens à ne jamais désigner une personne par son nom ». « Comment avez-vous pu vous permettre une contradiction devant moi. Vous avez dit « je suis sûr », puis « je crois », ce n'est pas la même chose et l'on vous avait bien prévenu que je ne tolère pas les contradictions devant moi, cela me rend malade ». En un mot ils réclament une foule de précautions, une foule d'égards et leur *susceptibilité* est toujours prête à se déclencher à propos de la plus petite négligence.

D'une manière ou d'une autre ils exigent que l'on s'occupe d'eux toute la journée : « On ne peut pas la quitter un instant, il faut constamment lui trouver son mouchoir, ses clefs, qu'elle égare pour avoir le plaisir de les faire rechercher, lui dire ce qu'elle aurait à faire en ce moment, parce qu'elle ne le sait jamais et d'ailleurs elle ne le fait pas davantage après l'avoir demandé ». « Dès que ma fille vient, c'est du soleil plein la chambre, il faut qu'elle vienne au moins toutes les cinq minutes ».

Bien entendu il faut les soigner jour et nuit de toutes les manières possibles et imaginables. Une femme de quarante ans a réussi à persuader à son mari qui est cependant un homme intelligent, qu'il doit pendant des heures et des heures lui tenir la tête entre ses deux mains en pressant fortement sur l'occiput et en poussant en même temps des cris rauques analogues à des rots. Les gaz renfermés dans le corps de Madame devaient passer par les mains de Monsieur et en remontant sortir de sa bouche sous forme de rots et Monsieur pressait l'occiput jusqu'à épuisement complet de ses forces et rotait jusqu'à avoir des vomissements.

Ensuite il faut constamment les rassurer en leur répétant mille et mille fois au cours de chaque journée, que leur maladie n'est pas grave. « que leurs réflexes pupillaires sont intacts et qu'ils n'ont aucun symptôme de paralysie générale », qu'ils sont incapables de commettre un crime et « que la police ne les rend pas responsables d'un vol dans les ministères ». Souvent il faut les rassurer en prononçant une formule spéciale. « Quand je rencontre quelqu'un dans la maison, je lui demande : est-ce vrai que le Bon Dieu existe ? Et il faut absolument que tout le monde me réponde tout de suite : mais oui, petite sotte, ce serait trop triste si le Bon Dieu n'existait pas. Il le faut, vous m'entendez, il le faut absolument ». Mp..., homme de soixante ans, arrive à vivre assez tranquille si on le rassure constamment d'une manière particulière : il faut le blaguer sur ses maladies innombrables et lui changer les idées en le faisant rire, mais il faut recommencer à chaque instant. No..., femme de cinquante ans, qui a constamment une foule de phobies et d'algies hypocondriaques, demande qu'on sympathise avec elle, qu'on la plaigne pour ses maux d'oreilles, pour ses yeux qui ont une barre d'ombre, pour ses talons qui sont sensibles à un plancher trop dur, pour ses seins qui ont peut-être des ganglions ; qu'on observe avec sympathie toute la journée, ses veines, les tendons de son genou, ses selles, ses pupilles, etc. : « le mari est un cœur dur qui ne veut rien faire de tout cela et qui ne veut même pas gémir avec elle ».

Cela ne suffit pas, il faut les encourager, les exciter constamment et, comme rien ne produit aussi bien cet effet que les éloges et les compliments, ils exigent qu'on les flatte perpétuellement : leur vanité est aussi grande que leur susceptibilité. Souvent elle leur inspire une perpétuelle vantardise sur tous leurs prétendus hauts faits, dont le récit doit être toujours accueilli avec admiration et sans aucun scepticisme. Chez d'autres la vanité se présente sous une forme singulière, sous la forme d'une humilité gémissante. Ils répètent qu'ils ne sont bons à rien, qu'ils n'ont aucune intelligence, aucune faculté. En réalité, ils n'en croient rien, ils sont au fond persuadés qu'ils ont reçu de la nature des facultés merveilleuses et qu'elles sont simplement éclipsées par la maladie : ils plaident le faux pour savoir le vrai. Ils seraient désespérés si on parlait comme eux et ils attendent des flatteries qu'ils ont provoquées. « Chez moi, dit Aj..., femme de trente-sept ans, je compte moins que rien et j'ai tant besoin d'être

encensée : cela irait bien mieux si j'avais constamment près de moi quelqu'un qui sache m'encenser ». — Ma mère réclame sans cesse des compliments, elle n'aime que les gens qui la flattent ou qui l'aident à avoir les apparences d'un succès. « Lsx... a besoin d'être content de lui et pour cela il voudrait savoir qu'il est un homme extraordinaire : aussi ne reçoit-il chez lui que les gens capables de le lui démontrer constamment. « Au fond, dit naïvement Ya..., je sais bien que je suis une femme supérieure, mais je voudrais sentir ma supériorité. Autour de moi il n'y a que des imbéciles qui ne comprennent pas : leur devoir serait au contraire de me montrer constamment qu'ils sentent ma supériorité. » Il en est de même de Sophie, surtout au début de ses dépressions, quand elle a peur d'être idiote et demande qu'on lui démontre son intelligence. On est souvent surpris de voir des femmes au fond intelligentes se laisser prendre à de ridicules flatteries par des exploiters dont il est souvent difficile de les débarrasser.

Les manies de l'amour. — Ces besoins d'obéissance, de soins, de flatteries peuvent souvent être exprimés d'une autre manière. Ils ne sont pas exigés par des ordres, ils sont demandés comme des manifestations d'affection. Il s'agit alors du fameux besoin d'aimer et d'être aimé qui joue un rôle si considérable dans la conduite et dans les paroles des névropathes : « J'ai tant besoin d'adorer et d'être adorée... je n'ai pas le mari ou la femme que j'avais rêvé... j'ai tant besoin de caresses, de cajoleries, d'affection, d'amour... je n'ai jamais pu en avoir autant qu'il m'en aurait fallu... je ne pourrais être guérie que par l'affection, par l'amour ». Tel est perpétuellement le langage d'une certaine de mes malades. J'ai déjà insisté longuement sur ce sentiment et ses diverses variétés¹, je désire préciser encore certains points de cette analyse en recherchant encore une fois ce que les malades peuvent bien entendre par cette expression : « J'ai tant besoin d'être aimé ».

Une interprétation facile qui a été de mode en Allemagne, consiste à prendre le mot « aimer » dans le sens strict et à considérer ces plaintes comme l'expression de besoins génitaux insoumis. Certains malades par leur attitude semblent justifier cette

¹ *Obsessions et psychasthénie*, 1^{er} éd., I, pp. 100, 101, 155; II, pp. 11, 18, 20, 201, 210.

interprétation : Céline, femme de trente-deux ans, « attend toujours qu'il arrive quelqu'un pour l'épouser... elle écoute avec angoisse si elle n'entend pas son pas dans l'escalier, elle ne peut s'intéresser à rien, ni la religion, ni les arts, ni les sciences ne peuvent la toucher, elle ne peut s'intéresser qu'à des baisers ». « L'amour seul est intéressant, répète Héloïse, femme de quarante ans ; avec un mari calin je ne serais jamais devenue malade ». Pour certains malades même cette interprétation est tout à fait justifiée : Bs..., homme de quarante et un ans, timide et rateur, a trouvé une maîtresse qui a su faire son éducation génitale et avec laquelle, pour la première fois, il réussissait. Il est désespéré quand elle l'abandonne et on comprend ce qu'il veut dire quand il aspire à être aimé. Il s'agit bien ici de satisfactions génitales.

Je crois que même dans ce cas ces satisfactions, comme nous le verrons plus tard, sont entendues comme des excitations que les malades trouvent dans l'acte génital, au lieu de les trouver dans l'alcool ou la morphine. Déjà chez eux les choses se compliquent très vite et à côté de l'excitation par l'amour physique, il y a la satisfaction de tous autres besoins. Bs... regrette dans sa maîtresse une femme qui le dirigeait de toutes manières ; Aza..., homme de trente ans, réclame non seulement une maîtresse, mais « une amie qui le dirige et qui le remonte » ; Pépita, femme de quarante-deux ans, quand elle cherche un amant, a surtout le goût de l'aventure et le besoin de l'excitation morale par le danger. Cela est bien prouvé par sa dernière aventure avec un escroc qui ne lui procurait guère de satisfactions physiques, mais qui la charmait parce qu'il était éthéromane, à moitié fou et qu'elle avait le plaisir de s'exposer pour lui à de grands dangers. D'autre part chez un nombre bien plus considérable de sujets, il n'est plus question du tout de satisfactions génitales : il s'agit d'hommes et de femmes qui ne sont même pas capables d'avoir des désirs génitaux, qui négligent les occasions qu'ils ont de les satisfaire et qui se préoccupent de tout autre chose.

Ce qu'ils appellent être aimé c'est d'abord ne jamais être attaqué ni lésé en aucune manière : « N'est-ce pas horrible de sentir qu'on est en dispute, en concurrence avec quelqu'un... je ne peux pas vivre si je pense que je suis mal avec qui que ce soit ! ». Chez d'autres plus nombreux, l'être qui les aime, c'est

un être qui leur rend une foule de services, qui agit à leur place dans une foule de circonstances pénibles et leur épargne beaucoup d'efforts et d'ennuis. Fik..., femme de cinquante-cinq ans, gémit toujours sur sa solitude, car elle a réussi à faire fuir tout le monde par son autoritarisme et ses méchancetés ; elle se désespère qu'on ne l'aime pas : « Personne ne m'attend à la maison et pour vivre il faut que je sache que quelqu'un m'attend. Je dois en revenant faire le voyage seule sans personne pour prendre mon billet ou me chercher une voiture à la gare. N'est-ce pas le rôle des messieurs de chercher une voiture à la gare ? Je n'ai pas de milieu à moi et c'est ce vide qui me tue, c'est effrayant de n'avoir rien à aimer dans le monde ». « Quand on est aimée, dit Pépita, on n'a pas de peine à descendre de voiture, sa main est toujours là... Oui, un amant idéal, quelqu'un de riche et de pas trop occupé, un étranger plutôt qu'un Français, ils sont plus intéressants, pas blasé, nature exquise, délicat avec les femmes, un peu vicieux peut-être, mais raisonnable, aimant la noce sans excès, sachant me conduire où je m'amuserai, voilà ce qu'il me faut pour être tout à fait guérie... n'ai-je pas *le droit* de le trouver comme une autre... Oh ! un page amoureux de moi comme Chérubin... qui saurait être affectueux et obligeant avec moi, me gâter constamment... j'en ai tant besoin. » Dans des cas de ce genre la recherche de l'amour rentre dans la classe des impulsions à la recherche du repos, à la recherche du moindre effort.

Dans un autre groupe les services demandés à l'amant sont d'un ordre plus délicat et la personne qui les réclame ne se rend pas bien compte que ce sont des services ; elle est encore plus disposée à les dissimuler sous ce nom vague de l'amour. Celui qui aime devient celui qui reconforte, qui remonte, qui excite et qui y parvient quelquefois par l'excitation génitale, mais le plus souvent au moyen de ces actions sociales qui ont la propriété d'être excitantes, non pour celui qui les fait, mais pour celui auquel elles s'adressent. Le type de ces actions est la louange, l'éloge, la flatterie sous toutes ses formes. La flatterie est précisément une louange faite avec plus ou moins de sincérité, mais surtout avec l'intention de relever la tension psychologique de celui auquel elle s'adresse : « Au moins voici un soldat qui m'écrit du front que je suis sa jolie marraine : il est vrai qu'il ne m'a pas encore vue, mais cela ne fait rien, sa lettre m'a fait du bien pendant huit jours... j'ai tant besoin de tendresses ». Bm....

femme de cinquante-deux ans, a une obsession amoureuse pour un jeune homme qui l'a frappée par son énergie ; c'est une femme romanesque malgré une vie régulière, qui rêve d'aventures, qui a le besoin d'intimité qu'elle n'a su satisfaire avec personne, qui voudrait être dirigée, dominée tandis que toujours on la respectait trop. Aj... répète sans cesse que son mari ne l'aime pas assez : « Qu'il soit plus tendre et plus doux, qu'il lui donne des conseils et non des ordres, qu'il la ranime, l'excite et se donne beaucoup plus de peine pour la faire agir ». No... femme de cinquante ans, malgré les expressions qu'elle emploie, n'a pas d'autre désir que celui d'être constamment rassurée, plainte et soignée : « Si quelqu'un me rassure je deviens immédiatement ingambe, mon angoisse se dissipe, je suis sensible à tout, pour un mot je me fonde en béatitude et les gens qui m'entourent n'ont pas de tendresse puisqu'ils se refusent à dire ce mot ». En somme quand ils cherchent quelqu'un qui les aime ils veulent tous la même chose, c'est-à-dire une personne qui les défende, les aide, les flatte, les remonte perpétuellement : ce qu'ils veulent, c'est un esclave intelligent capable de faire pour eux avec habileté tous les actes demandant de la tension qu'ils sont incapables de faire.

Il y a cependant quelque chose de plus dans leur idée de l'amour. C'est d'abord une certitude que cette personne remplira son rôle à perpétuité, qu'elle ne changera pas, qu'elle sera toujours à leur disposition pour les défendre, les consoler, les exciter, etc... « Si elle m'aimait vraiment elle ne me laisserait pas une journée sans s'occuper de moi... si mon mari m'aimait il aurait continué à me soigner comme au commencement. » Enfin l'analyse ne serait pas complète si je n'ajoutais pas une notion que je crois importante. Être aimé cela veut dire pour ces malades que ces services innombrables leur seront rendus indéfiniment, mais sans qu'ils aient jamais à les payer d'une manière quelconque. Bien entendu, le paiement matériel en monnaie leur cause une horreur insurmontable : « Votre médecin, votre garde vous donnent tous les soins que vous désirez, vous pourriez avoir près de vous comme dame de compagnie une personne intelligente qui remplirait très bien le rôle que vous m'indiquez. — Peut-être, mais rien de tout cela ne me satisfait, c'est payé, ce n'est pas de l'amour ». Je fais remarquer à Fik... que plusieurs personnes de sa famille sont venues me voir et seraient toutes

disposées à l'assister, à lui tenir compagnie, à la distraire. Elle s'indigne de cette proposition. « Je le sais bien, dit-elle, et je ne les veux pas près de moi : ce sont des gens intéressés qui attendent de ma part des cadeaux, ils comptent sur mon héritage et voudraient m'amener à faire des donations à leurs enfants. Non, jamais ces gens-là : ce qu'il me faut c'est quelqu'un qui m'aime vraiment, quelqu'un qui m'aime pour moi-même ». J'ai été surpris de rencontrer le même sentiment dans un milieu où il n'est pas question de paiement. Je faisais remarquer à des malades de l'hôpital qu'elles rencontraient tous les dévouements désirés chez les médecins, les étudiants qui consacraient des heures à leur parler, à les comprendre, à les remonter. — « Oui, mais ils étudient, ils prennent des notes ; vous vous servirez de l'observation que vous prenez sur moi, ce n'est pas de l'amour, ce n'est pas de l'affection vraie. Oh ! si je pouvais jamais rencontrer quelqu'un qui m'aime pour moi-même. »

Quelques malades, nous l'avons vu, assez intelligents pour comprendre qu'il faudrait payer quelque chose, consentiraient à faire de menus cadeaux, librement, à leur heure, à rendre de petits services le plus souvent imaginaires. Mais ils sont maladroits, incapables d'agir, sans aucune persévérance et au fond ils veulent que ces cadeaux et ces services soient surestimés : « La moindre des choses devrait avoir une grande valeur si on m'aimait réellement ». Lsx..., qui a tant besoin d'être aimé, ne sait pas s'y prendre : il est lourdaud, il essaye de rendre sa femme jalouse en faisant devant elle la cour à une autre personne : « Il fait montre d'une sentimentalité allemande sans avoir de cœur, la petite fleur bleue à perpétuité, et il s'indigne toujours de ne pas rencontrer l'amour pour lui-même ». Une femme de quarante ans reconnaît que dans sa jeunesse elle a pu se former des amies (c'est qu'elle avait alors une tension psychologique suffisante), mais maintenant elle ne peut réussir auprès de personne. « parce que je suis malade et ennuyeuse, il n'y a donc personne capable de m'aimer pour moi-même ».

On pourrait aussi songer ici à l'explication que donne l'école de Freud pour tous les phénomènes psychologiques quels qu'ils soient, l'explication par les phénomènes sexuels. Ces personnes entendent-elles simplement qu'on doit tout leur donner, si elles se donnent en retour. Certaines malades y consentiraient : l'acte genital leur coûte peu et ne leur est pas désagréable. Pour beau-

coup de femmes un amoureux, un amant ou un mari, c'est un esclave à bon marché. La plupart cependant répondent avec indignation : « C'est bien là l'égoïsme et la brutalité des hommes, ce serait encore un paiement et comment pourriez-vous appeler cela être aimé pour soi-même ». Je comprends d'ailleurs assez bien ces protestations des malades : ce qu'ils veulent c'est la certitude, la sécurité dans l'amour, une garantie que le dévouement complet continuera indéfiniment dans toutes les circonstances. Or s'ils doivent le payer par de l'argent, par l'observation de leurs troubles, par des services ou par le don de leur corps, ils n'ont pas cette certitude absolue et inconditionnelle, car ils peuvent cesser d'être riches, intéressants, forts, jeunes et beaux et alors le dévouement conditionnel disparaîtra. « Il vaudrait bien mieux, répètent-ils tous, être aimés pour soi-même ». Ou plutôt tous ces paiements quels qu'ils soient, impliquent des actes à faire, des efforts pour donner quelque chose ou même pour se donner, ils ont peur de ne pas pouvoir toujours faire ces actes et ils sont effrayés à la pensée d'avoir à les faire pour conserver les dévouements : « Il vaut bien mieux, répètent-ils encore, être aimés pour soi-même ».

Qu'est-ce qu'ils entendent donc par « être aimé pour soi-même ? » Il me semble que l'on peut le deviner d'après quelques conversations, en particulier d'après celles de Ya.... C'est une jeune femme de trente-cinq ans, plutôt jolie, d'une intelligence superficielle, mais assez brillante. Elle est absolument incapable de faire aucune action, de rendre aucun service, elle est très froide, inaccessible aux tentations génitales qu'elle ne comprend pas et elle étale avec ostentation la grande pudeur des insensibles. Elle déclame constamment contre son mari et contre les hommes en général qui ne l'apprécient pas suffisamment : « Il n'était pas digne d'avoir une femme comme moi, une jolie femme, fine, distinguée... quand on est une femme comme moi on est vraiment aimée pour soi-même... Est ce qu'il n'y a plus au monde de vrais amoureux, qui aiment leur belle pour elle-même sans demander rien. — Pardon, madame, lui dis-je, en croyant l'embarasser, les amoureux sont quelquefois exigeants ; si vous rencontriez ce parfait amant, lui feriez-vous quelques concessions ? — Moi, répondit-elle, que pensez-vous, vous en êtes toujours à l'amour vulgaire qui demande à être payé, mais il pourrait me voir, m'entendre quelquefois, il pourrait m'aimer, ne suis-je pas une

jolie femme et n'est-ce pas assez ? » — En somme ce qu'elle appelle être aimée pour soi-même, c'est obtenir le parfait dévouement à perpétuité, sans avoir elle-même aucun acte à faire, simplement en vertu de ce fait qui lui semble acquis une fois pour toutes, sans qu'elle ait rien à y faire, c'est qu'elle est une jolie femme. Elle veut payer avec des qualités naturelles, qu'elle croit posséder d'une manière définitive, sans avoir rien à y ajouter par ses efforts présents. Ils sont tous semblables au fond, quoiqu'ils évoquent suivant les cas des qualités différentes qu'ils croient toujours posséder d'une manière naturelle et définitive. Une dame âgée parlera de ses cheveux blancs, une jeune fille de sa jeunesse et de sa virginité, un homme de sa force physique et de ses exploits passés ou de son intelligence et de son honnêteté. Ce sont des qualités naturelles données par la naissance, ou déjà acquises et non à acquérir, qui à leurs yeux constituent « leur soi-même » et au nom desquelles ils comptent obtenir l'amour.

En réalité, c'est là une notion très importante, la notion des *droits*, car le droit n'est pas autre chose que la possibilité d'exiger d'autrui une action sans avoir à faire soi-même une nouvelle action présente. Les hommes d'action ne s'occupent pas de leurs droits, mais de leurs devoirs, c'est-à-dire des actions à faire : les abouliques ne songent qu'aux droits qui font faire les actions par les autres et qui les dispensent d'en faire eux-mêmes. Aussi tous nos psychasténiques ne parlent ils que de leurs droits. Nous venons de voir les droits d'une jolie femme. Gh... nous expose les droits d'un bon jeune homme à l'amour : « Tout est artificiel chez ces petites ouvrières qui ne savent pas se donner simplement parce qu'on aime. Elles sont vraiment immorales et malfaisantes quand elles se moquent de mes propositions. Je ne trouve pas en elle Jenny l'ouvrière ni la grisette que chantait Béranger. Je ne trouve la nature nulle part, partout l'artifice et les préjugés, une foule d'obstacles à vaincre, toutes choses qui ne devraient pas exister dans une nature naturienne (*sic*) ». Les grands arguments des belles-mères, quand elles exigent un esclavage invraisemblable de leur fille et de leur gendre, ce sont les droits de la maternité : « Pourquoi ma fille se permet-elle de sortir, de me laisser seule, de causer sans parler de moi, ne suis-je pas sa mère... Elle aura beau faire je serai toujours sa mère ». D'autres réclament les droits de l'âge, du nom, de la fortune, de l'éducation : « Un homme bien élevé comme moi ne devrait il pas être entouré

d'amis pour lui-même ». Ou bien ce sont les droits obtenus par les services passés : « J'ai été si bonne pour eux il y a vingt ans, ah ! il n'y a plus de reconnaissance dans le monde ». Ce qui est également curieux, ce sont les droits que paraissent fonder les lois naturelles : une jeune femme qui n'a pas d'enfants et qui en est obsédée répète sans cesse que c'est une injustice : « Une femme mariée doit avoir des enfants, c'est un droit, pourquoi suis-je frustrée dans mes droits ? » Beaucoup de ceux qui ont la manie de l'amour emploient les mêmes expressions : « Tous les êtres s'aiment dans le monde, la vache aime son veau et j'ai vu dans un incendie une chienne se dévouer pour ses petits. L'amour est naturel et j'ai droit à l'amour ». Bien entendu les lois morales donnent encore plus facilement l'idée de droits : « Mon mari se conduit mal en ne m'aimant pas comme je dois être aimée... Vous avez beau dire, ma femme doit m'aimer, la religion le lui commande et si elle ne m'aime pas complètement, elle est une criminelle... » Enfin ce sont toujours les droits de l'humanité : « Que l'on ne cherche jamais à me nuire : à m'humilier, j'ai droit à la justice ! Que l'on ne se permette jamais de me tromper, de me mentir, j'ai droit à la vérité ». Tous les faibles se réfugient dans les droits et dans la justice, ils se vantent d'être scrupuleux à l'excès pour imposer aux autres le scrupule à leur égard. La morale comme la philosophie se rattache souvent à la maladie.

La manie du dévouement. — Certains malades cependant protestent avec quelque apparence de raison contre cette interprétation de leurs manies de l'amour. Ils prétendent qu'ils ne veulent pas seulement être aimés, mais qu'ils veulent aimer eux-mêmes, c'est-à-dire qu'ils veulent eux-mêmes protéger, rendre des services, faire des compliments, combler ceux qu'ils aiment de flatteries et d'attentions délicates, en un mot se dévouer à eux.

Je ne reviens pas sur la description de ces névropathes qui cherchent par tous les moyens à se faire remarquer, à attirer l'attention sur eux. Les couleurs voyantes, les excentricités ne sont pas propres aux hystériques, ces caractères se retrouvent chez beaucoup de névropathes déprimés qui ont besoin de s'exciter par le succès et surtout par l'amour. Il est plus important de rappeler que chez certaines femmes les efforts « pour

plaire, pour charmer les gens » deviennent une véritable cause de surmenage : les visites, les réceptions, les moindres conversations sont transformées par plusieurs en opérations si graves qu'elles exigent une énorme dépense de forces et les amènent à un véritable épuisement.

D'autres vont plus loin et s'efforcent constamment de rendre de menus services, de faire des petits cadeaux qu'on ne leur demande pas. « J'ai le besoin d'aider, de flatter, de cajoler, de combler de prévenances ceux que j'aime, pourquoi n'accepte-t-on pas mon amour ?.. Il est dur, il est méchant avec moi, cela ne fait rien, je veux être quelque chose pour lui. Je veux lui faire des petits cadeaux constamment, même s'il faut pour cela voler mon mari, je veux lui être dévouée. Je voudrais être un encrier de son bureau ». Héloïse vante sans cesse son amour, sa générosité, son dévouement, les caresses mêmes qu'elle peut donner : elle se vante de mériter ce surnom « la caresse faite femme. Je suis amante autant que mère et ce n'est pas peu dire, c'est sans bornes... Que ne donnerais-je pas à ceux que j'aime ? »

Ces dévouements, ces générosités ont presque toujours quelque chose de bizarre, d'anormal et il est facile aux intéressés de flairer quelque malentendu : « Rendez-moi un grand service, me disait un malheureux gendre, délivrez-moi des cadeaux de ma belle-mère. — Vraiment, voici une singulière plainte. — Point du tout elle est toute naturelle : ma belle-mère est odieuse et nous savons parfaitement qu'elle ne nous aime pas du tout, elle a très peur que le ménage de sa fille ne réussisse et elle ne songe qu'à nous humilier et à nous réduire. Mais elle a la manie de nous faire de petits cadeaux, oh insignifiants, mais qui lui permettent de se vanter auprès de tout le monde de sa prétendue générosité et d'exiger d'innombrables remerciements. » On retrouve le même trait chez une autre belle-mère qui veut toujours faire de petits cadeaux insignifiants à ses petits enfants pour que sa fille et son gendre soient forcés de la remercier constamment et elle pleure après leur départ » parce qu'ils ne lui ont remerciée que trois fois aujourd'hui ». On retrouve la même disposition chez une mère de famille qui tourmentait ses enfants et qui faisait constamment de petits cadeaux à l'un d'eux » pour qu'il se séparât des autres, et qu'il la remerciât constamment ».

Le plus souvent ce dévouement n'est donc qu'apparent et dissimule d'autres appétits. Yd... homme de trente-trois ans, cet

inverti sexuel qui cherche parmi de jeunes gredins « l'ami idéal », colore ses entreprises d'une teinte de dévouement bien singulière : « Si je veux ce jeune ami, c'est pour réformer sa vie au point de vue physique, moral et religieux : je veux l'habiller, l'installer convenablement, lui faire donner des leçons de musique et de littérature, en faire un Monsieur. Je ferai cela comme un sacerdoce et cela donnera de l'intérêt à ma vie ». Il croit réussir et il installe de jeunes vauriens qui le flattent, qui pour lui plaire lui font même des scènes de jalousie et qui l'abandonnent après l'avoir beaucoup volé. Mais il ne se décourage pas et il recommence avec quelque autre son œuvre de dévouement. La manie « de relever les anges déchus » joue un rôle considérable dans une dizaine d'observations portant sur des impulsions à l'amour ou aux aventures.

Dans d'autres cas ce dévouement paraît plus réel et il n'est pas facile de voir le besoin personnel qui l'inspire. Sophie, quand elle retombe dans ses dépressions, veut à toutes forces soigner sa mère, rendre une foule de services à sa famille. Il faut se méfier du début de la crise quand elle devient trop charitable dans la rue, trop complaisante à la maison, quand elle se précipite pour mettre des coussins sous les pieds et sous la tête de toutes les personnes qui l'entourent. Byl..., femme de vingt-cinq ans, parle constamment de renoncer à la fortune de ses parents et de vivre avec les pauvres, une douzaine de mes malades se sentent au début de leurs crises la vocation d'être infirmières. Ig..., homme de trente ans, voudrait s'occuper de quelqu'un, se dévouer à quelqu'un, faire réussir quelqu'un : « Je veux que la vie de quelqu'un change à cause de moi, que je sois la cause principale de son bonheur. » Si on analyse ces besoins de dévouement on y trouve le désir de s'acquérir des reconnaissances infinies, des protections, des égards, des flatteries pour le reste de sa vie, c'est encore le même besoin de l'amour, mais il y a aussi le besoin de s'exciter soi-même en jouant un grand rôle, en faisant une action héroïque.

5. — LES IMPULSIONS A L'AGRESSION.

Malheureusement tous ces efforts pour dominer, pour se faire aimer ne réussissent guère et surtout ne réussissent pas à guérir

le malade, à le sortir de sa dépression et trop souvent il est amené à les compliquer en y ajoutant de nouvelles conduites qui à leur tour dégénèrent en manies.

Les manies de la taquinerie et de la bouderie. — Au fond de la taquinerie il y a un besoin de vérifier incessamment le pouvoir que l'on a sur les gens¹. Il s'agit d'une attaque, d'une blessure, d'une humiliation faite à une personne que l'on ne déteste pas du tout, mais que l'on désire dominer, dont on veut obtenir les caresses, les flatteries, l'amour. Si cette personne ne nous aime pas, elle va se défendre et rendre coup pour coup ; mais si elle nous aime réellement, elle ne se défendra pas, elle acceptera la blessure, l'humiliation, elle manifestera seulement son chagrin d'être ainsi attaquée par nous sans raison et peut-être, oh joie ! elle pleurera pour avoir été blessée par nous. C'est alors la taquinerie réussie qui donne un moment de relèvement et de satisfaction infinie.

Cette lettre d'Héloïse ne nous donne-t-elle pas une bonne description de la taquinerie ? « Le summum de la satisfaction orgueilleuse c'est de se savoir aimée : mais j'ai besoin de voir si réellement les dévouements, les compliments sont sincères ; je demande une affection sincère, immuable, invariable, sûre, je ne veux pas qu'on me nourrisse de confitures... Faire jouir ce n'est rien, pouvoir faire souffrir, c'est tout, c'est le criterium de l'amour... Quelque espèce de souffrance que ce soit, si l'indifférence, l'absence, l'oubli d'une créature arrache un cri de douleur à une autre créature, elle est aimée : c'est la plus belle victoire, le plus idéal bonheur, quand cette indifférence n'a été qu'une épreuve, et cet oubli un masque pour découvrir si vraiment on atteignait à ces fibres intimes et profondes où vibre l'amour vrai, si on voit que l'on est assez aimée pour pouvoir faire souffrir... »

Malheureusement cette satisfaction n'est que passagère et le doute revient bien vite : immédiatement le procédé qui a si bien réussi sera employé de nouveau et on se remettra à taquiner. DL..., homme de cinquante-cinq ans, n'aime personne autant que sa fille aînée et la taquine constamment au point de la faire pleurer tous les soirs à table : il faut que la mère intervienne

1. *Obsessions et psychasténie*, 2^e édition, t. 98, p. 107.

pour la défendre et c'est tous les soirs une bataille. Héloïse pratique la taquinerie par lettre et il n'y a pas de méchancetés qu'elle n'écrive indéfiniment à tous ceux qu'elle aime et dont elle désire éprouver le dévouement. Ce caractère de la taquinerie se vérifie bien quand on remarque qu'elle prend un grand développement pendant les périodes de dépression et qu'elle disparaît dans les autres. C'est dans les huit jours qui suivent leurs règles que Noémie éprouve de nouveau le besoin de faire pleurer son mari et qu'Héloïse recommence ses lettres de taquinerie à tous ses amis. Quand elles se portent bien, elles n'y pensent plus. Cette manie de la taquinerie prend souvent des proportions énormes et on ne doit jamais oublier que chez ces malades les plus grandes méchancetés peuvent n'être que des taquineries.

La manie de bouder est voisine : c'est aussi une manie de vérification de l'amour, mais par le procédé de l'indifférence ou de la rupture simulée. Si une personne nous aime réellement, rien ne lui fera plus de chagrin qu'une brusque rupture, qu'une indifférence complète succédant à notre affection, elle fera des efforts pour nous demander la cause de ce changement, pour s'excuser si elle a commis une faute à son insu, pour se réconcilier et faire revivre notre affection. Ce chagrin et ces efforts vont calmer un moment l'inquiétude et quand dans un moment le doute reviendra on recommencera à bouder. La mère de Vkp... la boudait ainsi pendant des mois et Vkp... était assez sotte pour s'en faire beaucoup de chagrin. La mère de Bkn... se servait de ce procédé pour se faire donner de l'argent par sa fille. Dl... pratique avec sa femme et sa fille la bouderie avec autant de supériorité que la taquinerie, « il y a des gens, me disait sa femme, avec lesquels il boude depuis vingt ans ».

Les manies des scènes. - Les conduites précédentes se complètent fort souvent par un acte fort curieux et tout à fait caractéristique de l'état mental du névropathe, je veux parler de l'acte de « faire une scène ». Je ne puis mieux définir cet acte qu'en disant que c'est un combat simulé, comme la taquinerie est une attaque simulée et la bouderie une rupture simulée.

Commencer contre la personne que l'on aime une grande bataille avec injures, reproches terribles, menaces de mort comme si l'on avait à faire à un ennemi véritable, obtenir une victoire facile parce que l'adversaire qui n'est pas du tout un ennemi, ne

résiste pas, se laisse désarmer et même écraser, puis magnaniment offrir le pardon, ménager une grande réconciliation avec embrassade et grande promesse d'amour éternel, quelle excitation et quelle joie ! Ce faible est excité par une bataille et un triomphe qui lui ont coûté peu de frais, il est confirmé dans sa croyance au dévouement d'un ami capable de résister à de telles épreuves. Aussi rien n'est-il plus fréquent que la manie des scènes et nous avons déjà décrit bien des fois ces femmes qui se donnent le plaisir de faire une grande scène à leur mari « afin de pouvoir le raimer, car c'est délicieux ».

Ek..., homme de trente ans, pour citer quelques exemples nouveaux, reconnaît lui-même que cela le soulage de se laisser aller à une grande scène. Au début il y a visiblement une phase de dépression plus grande avec sentiment de désespoir et angoisse, c'est le phénomène de la psycholepsie. Puis le malade commence des récriminations vagues contre la société et après quelques détours, il s'oriente contre son père. « On dirait, remarque celui-ci, qu'un travail s'opère dans son esprit pour découvrir à ses propres yeux une raison d'être en colère, ces raisons il les trouve bientôt valables en toute sincérité. C'est alors une colère impétueuse, sombre, arrogante, farouche, brutale, des grossièretés sans bornes, un acharnement qui ne désarme pas. Il ne sent et n'exprime que la haine contre son père, le désir de le faire souffrir, la soif de la vengeance. Il finit par quitter la maison, se sauve à travers champs, s'effondre par terre et reste une demi-heure immobile, haletant, à se remettre de son émotion. Puis il rentre calmé, aimable, rasséréné au moins pour quelques jours ».

Ces scènes prennent souvent des allures mélodramatiques en raison de la tendance au symbole et à la comédie que nous avons souvent notée. Fj..., femme de trente-cinq ans, dans ses scènes apporte sur le lit de son mari une photographie de sa propre mère ; elle oblige son mari à se lever, à s'agenouiller et à demander pardon à la photographie du crime qu'il a commis en ne manifestant pas assez d'amour docile à la fille de cette vénérable dame. Za..., femme de quarante ans, en se couchant près de son mari, apporte dans le lit un coupe-papier en forme de poignard assez dangereux ; puis la scène commence, de temps en temps elle prend le poignard et le brandit, menaçant tantôt l'un, tantôt l'autre et déclamant qu'il faut en finir avec cette existence.

Après une heure ou deux de hurlements et de menaces, elle se lève en chemise et s'en va avec le poignard ; comme elle ne revient pas, le mari se précipite et derrière la porte, dans le couloir, il trouve sa femme étendue tout de son long par terre. Elle se relève alors bien tranquillement et prépare pour tous deux des verres d'eau de fleurs d'orangers. Comme la même scène se reproduit tous les quinze jours, le mari fatigué tarde à se lever ; elle reste alors étendue dans le couloir des heures entières et le mari finit par aller la chercher de peur qu'elle ne se refroidisse : « Nous avons vécu ainsi des années entières en compagnie du coupe-papier poignard ».

Les manies de la jalousie. — Un autre caractère des affections pathologiques est la jalousie, qui est un phénomène psychologique assez complexe, difficile à analyser avec précision. Il ne s'agit pas seulement d'une conduite particulière vis-à-vis de l'objet aimé qui est poursuivi, accaparé, mais il y a en plus une conduite spéciale vis-à-vis des autres personnes qui sont écartées, repoussées, détruites en tant qu'elles sont capables elles aussi de rechercher et de posséder cet objet aimé. La jalousie se compose d'accaparement vis-à-vis d'un objet ou d'une personne et d'hostilité vis-à-vis des autres personnes.

Cet exclusivisme se rattache d'une part au désir d'obtenir le plus possible de la personne que l'on aime, à la pensée assez simple que l'on obtiendra moins si l'on est obligé de partager et d'autre part à la crainte des rivalités, des luttes contre d'autres individus qui pourraient mériter l'amour mieux que nous-mêmes et qui nous obligeraient à un travail pour conserver notre possession. Rien ne heurte plus violemment notre tendance à la domination que le succès d'un autre individu dans la même tentative. Des parents ne peuvent plus se représenter qu'ils posséderont toujours l'amour exclusif et indéfini de leur fille s'ils voient qu'un autre obtient déjà une part importante de cet amour. Cette forte tendance ainsi arrêtée détermine de fortes derivations, de grandes angoisses et une haine formidable.

Les jalousies pourront se distinguer les unes des autres suivant la nature de cet accaparement fondamental, suivant les tendances qui déterminent cet accaparement. Il y aura des jalousies de fortune et de situation chez des individus qui ne songent qu'à s'enrichir et qui ont horreur des autres personnes ayant de la

fortune et surtout de celles qui sont en train d'en acquérir et de s'élever. Hh..., homme de quarante ans, en particulier me donne de nombreux exemples de ce fait ; il a ainsi des haines vivaces contre « ces fils de gueux qui ont la prétention d'avoir une voiture comme lui, voilà un singulier désordre dans un pays ». Il pousse si loin cette tendance qu'il prend en haine des villages entiers « qui depuis quelques années ont la prétention de grandir et qui, si on les laisse faire, vont se croire les égaux de son gros bourg ». C'est à cause de ces sentiments de jalousie prompte à s'éveiller que les psychasthéniques ont une disposition à ne fréquenter que des gens au-dessous de leur condition sociale et surtout au-dessous de leur propre fortune ; ils aiment les humbles et les pauvres, ils aiment surtout leurs propres salariés, comme nous l'avons déjà noté. Naturellement ils détestent les personnes d'une situation inverse, mais ils détestent particulièrement les personnes qui s'élèvent et changent peu à peu de condition sociale : ils ont la plus grande haine pour ceux qui réussissent et surtout pour ceux qui s'enrichissent, furieux de voir transformés en concurrents et en adversaires possibles ceux qu'ils considéraient comme des inférieurs domestiqués, comme des esclaves.

Toutes les actions qui peuvent procurer des succès peuvent donner naissance à des jalousies. Ya..., par exemple, femme de quarante ans, qui a des prétentions à la littérature, devient jalouse de son fils qui grandit et qui semble réussir dans ses études littéraires ; elle le prend en grippe et perpétuellement l'accable de reproches méprisants. Il y a là, si l'on veut, de l'accaparement, car elle veut qu'elle seule dans la famille s'intéresse à la littérature, mais il y a évidemment plus que cela. La jalousie contient un second élément qui est une façon particulière de comprendre et de pratiquer la lutte et la rivalité : cet élément de la jalousie est extrêmement important.

On observe d'autre part des jalousies de domination qui ont pour point de départ la tendance autoritaire, l'accaparement despotique d'un sujet auquel s'ajoute l'hostilité, l'effort pour écarter, pour repousser toutes les autres personnes qui pourraient avoir une influence du même genre sur le sujet. Gi..., que je range parmi les jaloux dominateurs, plutôt que parmi les jaloux amoureux, veut être seul à accaparer l'esprit de sa femme ; il lui interdit de voir ses parents, il la séquestre complètement.

l'enferme dès qu'il sort de la maison, lui cache ses vêtements, lui interdit de s'approcher de la fenêtre, la surveille constamment et l'accompagne même aux cabinets, tout cela par crainte qu'elle ne parle à une autre personne et ne subisse son influence. Jsa..., femme de trente-huit ans, explique bien l'attitude qu'ont avec elle plusieurs personnes de son entourage, son mari, sa sœur, une vieille amie : « Ils ne me quittent pas de l'œil, ils veulent tous me faire marcher et même me faire coiffer à leur idée ; mais ils sont terriblement jaloux les uns des autres et chacun me commande violemment de renvoyer l'autre. Ils n'admettent pas que je puisse faire quelque chose de moi-même et quand je résiste un peu, ils soupçonnent que l'un des autres a pris de l'influence sur moi... Ce sont des intrigues des uns et des autres pour m'épier, pour savoir où je vais, pour conquérir ma petite fille et l'attirer dans leur parti, pour chercher à me brouiller avec les autres. » Comme nous l'avons déjà remarqué elle donne aux autoritaires l'idée d'une proie superbe, à la fois décorative et facile. De là ces poursuites perpétuelles et ces jalousies de domination.

Enfin nous pouvons signaler comme la forme la plus commune les jalousies d'amour avec accaparement de l'amour d'une personne et écartement de tous ceux qui peuvent avoir la prétention de l'aimer ou d'être aimés d'elle. Fv..., femme de soixante-dix ans, après avoir pendant des années essayé de séparer sa fille de son mari, travaille maintenant à accaparer son petit-fils et à le brouiller avec ses parents en lui faisant croire qu'il est négligé par eux et que sa sœur est plus aimée que lui. C'est là d'ailleurs le caractère traditionnel des belles-mères qui font la cour tantôt à leur fille, tantôt à leur gendre et qui travaillent constamment à diviser le jeune ménage. Diviser pour régner est un des grands principes des autoritaires et des jaloux : cela explique leur manie de travailler à irriter les gens les uns contre les autres, à brouiller entre eux les époux, les parents, les amis qui constitue à peu près l'unique occupation d'esprit de tant de personnes.

« Je veux quelqu'un à moi, dit Héloïse, je suis terrible pour l'affection. Je veux qu'on me garde la première place, la seule place, je veux être préférée à tout et à tous, je veux qu'on me sacrifie une autre chose... En fait d'affection, pas d'omnibus, un coupé autant que possible ou plutôt une place entière et bien

réservée, voilà ce qu'il me faut... J'ai été extrêmement pieuse, pourquoi ne le suis-je plus ? Je boudé le Bon Dieu, parce qu'il est à tout le monde. » Une enfant de douze ans, déjà très névropathe, accapare complètement sa mère ; elle veut que sa mère la regarde constamment et ne s'occupe que d'elle, elle est jalouse de tous ceux qui l'approchent, de petites cousines qui viennent chez sa mère et même du chat de la maison. Une femme ne peut tolérer que sa fille montre de l'affection à son frère, c'est là ce qui détermine ces crises de haine pendant lesquelles la jeune fille doit quitter la maison. Une autre devient jalouse de ses enfants « qui m'ont pris mon mari, qui occupent dans la maison ma place de femme ». Elle veut qu'ils s'en aillent : « Eux partis, mon mari se tournera plus vers moi, il sera plus tendre, plus doux, il cherchera plus à me faire collaborer. » Son éducation morale la pousse à résister un peu à cette haine qui l'envahit : « Mon mari et mes enfants sont heureux ensemble quand même, cela me vexe... Je ne voudrais pas les rendre malheureux, et pourtant... Ya..., est jalouse de ses enfants : c'est là le début de sa haine contre « ces êtres mal venus, mal fixés qui veulent qu'on s'occupe d'eux ». Zso..., homme de quarante-six ans, est jaloux de toutes les personnes qui s'approchent de sa femme : « Il tient à la pensée de sa femme et ne veut pas qu'elle pense à autre chose qu'à lui ». Il faudrait citer des centaines de cas de ce genre qui seraient tous semblables. Cette jalousie perpétuelle est un trait caractéristique de la mentalité de toutes ces personnes.

On peut également classer les jalousies à un autre point de vue, en considérant les variétés du second phénomène qui entre dans sa constitution, les variétés de l'hostilité contre les rivaux réels ou prétendus. Mais ces variétés constituent des manies fort importantes qu'il faut étudier séparément. Il est facile de comprendre que chacune de ces formes de la haine peut se combiner avec les manies de l'accaparement précédentes et donner naissance à diverses formes de jalousie.

Les manies du dénigrement. — Dans la concurrence inévitable un homme normal s'efforce de triompher en s'élevant au-dessus de son rival. Mais quand un individu se sent faible et quand il a une peur terrible de l'effort, il n'entend pas la concurrence de cette manière : il veut triompher non en s'élevant lui-même, mais en abaissant son rival. C'est à quoi le psychasténique réussit

en partie d'une manière assez économique quand il empêche les autres d'agir. Son opposition à toute action de ceux qui l'entourent peut être déterminée par le désir de l'immobilité autour de lui, par la crainte d'être entraîné dans un changement, mais dans bien des cas elle est aussi déterminée par la crainte du succès d'autrui. Il ne veut pas que les autres autour de lui s'élèvent, augmentent leur tension psychologique par l'action réussie. Le psychasténique, comme on l'a vu, désire perpétuellement que les autres l'assistent dans un travail et qu'ils s'effacent ensuite pour lui laisser le succès : cette assistance qu'il réclame sans cesse pour lui-même est précisément celle qu'il est le moins capable d'apporter à autrui. Non seulement il ne veut jamais collaborer au succès des autres, mais encore il s'efforce toujours, autant qu'il le peut, de créer des obstacles à ceux qui essayent d'agir et de progresser devant lui.

Ce caractère joue un rôle même dans la jalousie amoureuse : non seulement le jaloux cherche à accaparer pour lui seul l'affection des autres, mais encore il ne peut pas tolérer la pensée que d'autres puissent avoir dans leurs amours plus de succès que lui : « Je ne me sens pas aimée suffisamment, je ne jouis pas suffisamment des joies de l'amour, ce serait honteux si son mari obtenait ces joies mieux que moi d'un autre côté... au fond j'ai peur qu'il ne soit heureux en amour ». « Je ne puis souffrir, dit Héloïse, de voir partout l'amour épanoui et je deviens belle-mère devant les insectes et les fleurs qui s'embrassent. »

Quelle que soit dans la jalousie l'importance de ces efforts d'abaissement réel, ils ne forment pas la partie la plus considérable de la conduite du névropathe. Cet arrêt de l'action, cet abaissement réel d'autrui exigent encore une lutte, des efforts assez difficiles. Le psychasténique n'a guère le courage d'attaquer en face ceux qu'il jalouse, de les arrêter, de les abaisser en réalité. Il se borne le plus souvent à chercher à les abaisser dans l'esprit des assistants et dans son propre esprit en luttant contre eux par la parole pendant leur absence. C'est là l'essentiel du *dénigrement* qui est l'action principale et caractéristique du jaloux. Lox..., femme de quarante ans, par exemple, n'a qu'un seul sujet de conversation : c'est la critique amère de toutes les personnes qu'elle a pu approcher et surtout de sa belle-fille. Comme le dit son mari, son attention n'est éveillée que par la critique. Elle reste inerte et ne place pas un mot dans la conversation tant

qu'elle n'a pas l'occasion de montrer le désordre et la mauvaise conduite de quelque femme de sa famille. Cette conduite est d'une banalité désespérante, on la constate au plus haut degré dans une centaine d'observations : les personnes d'esprit simple expliquent avec grand détail que madame une telle s'habille avec mauvais goût, tient mal son ménage, soigne mal ses enfants et trompe son mari. Les personnes d'esprit un peu plus relevé dissertent indéfiniment sur le caractère artificiel et les prétentions de tel ou tel, sur leurs mensonges de politesse et leur conduite intéressée, mais tous constamment travaillent à dénigrer leur prochain. On considère ordinairement cette conduite comme la marque d'un mauvais caractère et de dispositions agressives, ce n'est là qu'une partie de la vérité : cette conduite est avant tout l'expression du besoin de rabaisser autrui, pour le mettre à son niveau et surtout au-dessous de soi, c'est en somme une expression importante de la dépression psychasténique.

Les manies de la récrimination. — Un degré de plus dans l'agression et le malade va expliquer tous ses insuccès, tous ses déboires, toutes ses souffrances par la maladresse ou la faute d'autrui, et il va se soulager et essayer de se remonter en reprochant ces fautes à son entourage. A l'inverse du scrupuleux qui gémit indéfiniment sur ce qu'il a fait ou n'a pas fait lui-même, il va s'accrocher au souvenir d'une action d'autrui et la reprocher indéfiniment. « Si ma tante ne m'avait pas fait sortir un vendredi matin, il y a trois mois, quand j'avais besoin de me reposer, j'aurais été rapidement guérie... Si mon père avait été chercher le docteur immédiatement quand je le lui ai demandé, j'aurais été tout de suite guérie. On m'a fait rater une occasion unique, je ne m'en relèverai jamais, tout ce qui est arrivé est de la faute de ma tante, de mon père... » « Si ce médecin ne m'avait pas dit que j'avais une maladie nerveuse, je n'aurais pas été malade, c'est parce qu'on a attiré mon attention sur mon engourdissement moral que je suis malade... » Un jeune homme de vingt-quatre ans récrimine tout le temps sur le mal qu'on lui a fait dans les écoles où il a passé, sur les tortures qu'on lui a infligées. Une femme, toujours mécontente d'elle-même et des autres, récrimine depuis vingt ans sur l'injustice de la société qui n'accorde pas aux jeunes filles avant leur mariage les mêmes libertés qu'aux jeunes gens. Chez deux pauvres filles, jumelles, arrivées toutes

les deux par étapes de l'obsession à la démence psychasténique. la récrimination perpétuelle est la seule manifestation psychique qui subsiste avec énergie. Tandis qu'elles ne peuvent plus accomplir aucun acte et qu'elles restent indéfiniment immobiles sur leur chaise, elles continuent à récriminer tantôt à haute voix, tantôt à demi-voix et, ce qui est bizarre, l'une et l'autre répètent à peu près les mêmes formules : « Je ne suis pas à ma place, on a fait une erreur colossale en me mettant dans cette maison... Mon frère est un imbécile, tout ce qui est arrivé, c'est la faute à ce monsieur qui ne s'occupe que de plaire à la foule... Je suis dans un mauvais milieu, c'est réclame, c'est tape à l'œil, c'est comme les coulisses d'un théâtre... On me traite en inférieure, on m'enlève l'initiative, on me vole, on me délaisse comme un cochon dans le fumier, on a fait de moi un carreau de confessionnal changé en hostie... Cette garde n'est pas à sa place ici, elle me prend comme un enfant volé... On me prive de toute religion, de tous sacrements, tout m'est interdit... C'est la brute humaine dans toute son horreur... C'est triste d'être intelligente et d'être avec des brutes pareilles... C'est la faute à ma mère qui m'a envoyée dans ce couvent, qui ne m'a pas reprise à mon retour de voyage, qui m'a mise avec cette cohue de gens d'argent. » On ne peut les arrêter et tout le long du jour, quelquefois même toute la nuit, elles répètent ces récriminations sans pouvoir faire ni dire autre chose, comme si cette opération facile avait seule subsisté au milieu de la ruine de toutes les autres activités.

Les manies de la méchanceté. — Chez des malades plus actifs, le besoin de domination et le besoin d'excitation se compliquent trop souvent par des tendances à la cruauté. Quelques-uns sont réellement méchants et sont capables d'actes dangereux, mais les psychasténiques proprement dits sont comme toujours surtout actifs en paroles. Beaucoup de ces femmes, disais-je autrefois, ne peuvent s'empêcher de dire sans cesse des choses désagréables à leur mari, à leur fille, surtout quand il y a des témoins et qu'elles peuvent réussir à blesser leurs victimes¹. Il leur faut, en effet, diminuer les gens qu'ils veulent soumettre et bien constater leur humiliation : les expressions de mépris, les moqueries cruelles sont tout indiquées.

1. *Obsessions et psychasténie*, 2^e édition, 1908, p. 404.

Simone proteste d'une manière déclamatoire contre les moqueries qu'elle ne peut supporter quand elles s'adressent à elle-même : « Je ne peux tolérer ces gens qui éprouvent tant de plaisir à blesser, qui devinent ce qui fera le plus de peine et insistent jusqu'à ce qu'ils sentent avoir touché. C'est comme si on m'enfonçait des coups de couteau ». Or c'est justement ce genre de moqueries qu'elle pratique avec une réelle maîtrise contre sa pauvre garde, en cherchant constamment des mots piquants sur sa pauvreté, sur sa domesticité, sur ses malheurs de famille. Zso... cherche à tourmenter et à humilier sa femme, il la regarde avec des yeux haineux et devient méchant avec elle quand il trouve qu'elle n'est pas assez soumise. Il essaye de lui causer des inquiétudes en se montrant malade, il refuse de manger devant et mange en cachette pour qu'elle le croie réduit à l'inanition. Ew... adore donner publiquement des leçons aux gens et lancer des pointes contre eux, elle travaille constamment à humilier sa fille devant des témoins, la faisant venir au salon pour expliquer devant elle qu'elle a réussi à prendre toute la fortune du père et que sa fille n'aura rien et « j'espère bien vivre assez longtemps pour qu'elle sente qu'une fille doit toujours être inférieure à sa mère ». La même comédie nous est fournie par Md... qui adore tourmenter sa fille, belle grande personne de vingt-cinq ans : elle la fait venir au salon et l'accable de petits ordres pour la faire « pivoter devant le monde », elle la critique, lui explique qu'elle a mauvais genre, qu'elle est ridicule, la poursuit d'épigrammes jusqu'à ce qu'elle rougisse et qu'elle pleure. Alors la mère étale son dévouement, se précipite pour la soigner, lui interdit de sortir et lui apporte des verres d'eau sacrée : la scène recommence tous les jours. Si la jeune fille résiste et ne pleure pas, la mère est de mauvaise humeur, prend un air pincé et boude pendant quinze jours.

Dans tous ces cas et dans beaucoup d'autres du même genre, il faut faire une remarque psychologique importante, c'est qu'il ne s'agit pas encore là de véritable haine ; bien au contraire, tous ces individus autoritaires se vantent constamment d'aimer beaucoup leur victime et, pour ma part, je crois qu'ils ont raison. L'amour et la haine ont toujours été définis d'une manière très vague ; ils ne consistent pas, comme on le croit généralement, à faire du bien ou du mal à quelque personne. Ces tendances compliquées dérivent de tendances plus fondamentales au rappro-

chement et à l'écartement des objets. La douleur est une tendance à un simple mouvement d'écartement, la haine est une tendance à écarter complètement, à faire disparaître un objet considéré comme un être vivant; l'amour qui derive de l'alimentation, de la sexualité, du toucher actif est une tendance à rapprocher de soi, à maintenir près de soi, à conserver un être vivant. Dans ces conditions il est parfaitement exact que tous nos autoritaires tiennent énormément à conserver près d'eux les individus qu'ils tourmentent. Ils seraient extrêmement malheureux si leurs victimes s'écartaient d'eux, à plus forte raison si elles disparaissaient. Nous avons vu d'ailleurs précédemment que Zso... adore sa femme, qu'il ne peut pas s'en passer un instant, il est de même pour tous les autres. Noémie qui tourmente son mari pendant des heures jusqu'à ce qu'elle parvienne à le faire pleurer, est au désespoir quand son mari part pour la guerre. Leur cruauté est une forme de leur amour, c'est ainsi qu'ils utilisent pour leur excitation des individus qu'ils tiennent à conserver près d'eux pour cet usage.

Les manies de la haine. — Malheureusement cette évolution pathologique peut continuer encore plus loin et aboutir à ces obsessions ou à ces délires que l'on a souvent résumés sous le nom de maladie de la persécution et qui me semblent plus justement désignés sous le nom de manies, d'impulsions ou de délires de la haine. Le délire de persécution, comme je l'ai souvent répété, a été beaucoup trop séparé des états psychasténiques dont il est souvent une terminaison.

Quand un individu nous résiste et n'accomplit pas l'action que nous ordonnons, il nous cause une gêne, il arrête le développement d'une tendance qui était éveillée en nous et par la lutte qu'il nous fait entreprendre il nous contraint à une certaine dépense de force. Chez un individu normal cette dépense n'est pas très importante et n'amène pas de ruine. Mais pour un individu déprimé cette dépense est ruineuse : elle abaisse encore le niveau mental, elle fait naître les craintes de mort et les angoisses. Le sujet tout naturellement cherche à écarter définitivement, à faire disparaître de son horizon cet obstacle, cet individu qui le met en danger de mort morale : c'est alors la haine, la véritable haine. La cruauté de la mère qui cherche à humilier sa fille pour se relever elle-même n'était pas de la haine, il n'y avait pas la

tendance à faire disparaître la fille, mais au contraire la tendance à la conserver près de soi. Maintenant cette femme aura de la véritable haine, si la jeune fille ne s'humilie pas, si elle ne pleure pas quand la mère travaille à la faire pleurer devant des témoins. La même haine surviendra contre les personnes qui ne cèdent pas et que le malade doit renoncer à transformer à son gré : « Pour moi, dit très bien Ya..., toute différence engendre la haine, tout ce qui est différent de moi je le hais et je veux qu'il disparaisse ; je suis profonde, mais étroite ». Cette haine qui cherche à supprimer les personnes, à les faire disparaître complètement, est l'analogue dans les tendances sociales de la tendance à la liquidation des situations dont nous avons parlé à propos de la fatigue. Quand Ot... prend son appartement en grippe et « veut le détruire complètement pour ne plus voir cette maison et qu'on n'en parle plus », il ressemble à Yd... qui veut à tout prix rompre immédiatement son association ou ses fiançailles. Mais dans la haine l'obstacle à supprimer est le plus souvent un être vivant, un homme et c'est ce qui la caractérise.

Quand la haine se développe complètement, dans un esprit énergique, elle amène la tendance à supprimer complètement l'ennemi par la mort, à le tuer. Le fait existe dans certaines impulsions homicides des persécutés, mais il est rare chez nos malades sans énergie : « Je suis rarement assez mal avec quelqu'un pour vouloir l'attaquer directement, il vaut mieux ne pas avoir d'histoires ». Le plus souvent le malade se borne au dénigrement, aux récriminations, aux méchancetés de diverses espèces.

À un degré plus accentué cette haine n'aboutit qu'à des attaques destructives en paroles. Ce sont les menaces, les kyrielles d'injures que nous retrouvons chez un si grand nombre de ces malades. Gh..., dans les lettres qu'il m'écrivit, remplit des pages d'injures contre les petites ouvrières qui ne répondent pas à ses avances, il se figure qu'il est possédé par elles, qu'elles accaparent sa volonté et le forcent à prendre leur voix et leurs attitudes¹. Seul dans sa chambre il fait des grimaces devant la glace comme s'il était transformé en une petite jeune fille et il hurle des imprécations « contre ces filles plus misérables que les filles

1. Dépersonnalisation et possession chez un pré-luciférique. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1904, p. 28.

publiques qui ont pris possession de son esprit ». Toutes ces attaques en paroles, ces insultes sont fréquentes chez ces malades : elles sont la conclusion de l'évolution qui va du sentiment de faiblesse, au désir de domination et d'amour, puis au désir de disparition et à la haine.

Dans d'autres cas, quand le névropathe en arrive à ne plus pouvoir vivre près de son ennemi, il le chasse de la maison comme Ew..., qui par moment ne peut plus tolérer la présence de sa fille et la force à vivre au dehors pendant quelques mois. Quand le malade ne peut parvenir à éloigner celui qu'il hait, il s'enfuit lui-même de la maison et ce fait donne naissance à une variété de fugue des névropathes qui n'est pas toujours bien comprise. Oy... femme de cinquante ans, a voulu vivre dans le ménage de son fils et essayait de le dominer : elle sent qu'elle n'y réussit pas et se sauve brusquement sans avertir personne : « Je ne puis plus supporter de les voir, je les déteste trop, je finirai par les tuer ». « Je ne puis plus supporter d'être près de ma femme, dit également Neb..., cela m'agite trop », et il se sauve. Ya... également s'est un jour sauvée de la maison et n'a pu être retrouvée par son mari, fort inquiet, que quelques jours après ; elle détestait trop son mari, ses enfants et tous les gens du pays. L'observation de Px... est particulièrement typique : cette femme de trente-sept ans habitait avec sa mère et sa sœur et commandait depuis longtemps d'une manière despotique à toute la maison. Elle a d'abord eu vis-à-vis de sa sœur une obsession d'amour avec manie d'être aimée et d'aimer, puis une obsession de domination et d'accaparement, se montrant au dernier degré jalouse de cette sœur. Enfin devant quelques résistances de la sœur qui essayait de se réserver une ombre d'indépendance, elle s'irrita de plus en plus et arriva à une sorte de délire de la persécution qui n'était en réalité qu'une manie obsédante de haine contre sa sœur. Elle sentit elle-même qu'elle devait quitter définitivement la maison : « Je sentais que je n'étais plus maîtresse des autres, qu'il aurait fallu faire des choses que je ne pouvais pas faire, j'ai fini par voir rouge et j'ai compris qu'il valait mieux me sauver. » Dans une vingtaine de mes observations le délire de persécution ou de haine se présente de la même manière comme une évolution des obsessions d'amour et de domination.

On peut faire quelques remarques intéressantes sur les personnes qui sont de préférence les objets de cette haine. Ainsi

Ya..., qui a six enfants, déteste les trois aînés et conserve un peu d'affection pour les trois plus jeunes. C'est là un fait très fréquent : les psychasténiques aiment les enfants très jeunes et commencent à les haïr quand ils avancent en âge, en général quand ils dépassent une quinzaine d'années. Une femme âgée que j'ai soignée a successivement aimé jusqu'à l'adoration, puis détesté furieusement tous ses enfants, puis tous ses petits-enfants. A la fin de sa vie elle ne pouvait plus voir qu'une petite fille de huit ans, son arrière-petite-fille, et elle mourut sans avoir eu le temps de la détester à son tour. La conduite vis-à-vis de très jeunes enfants est une conduite plus facile, ne demandant qu'une faible tension. En outre ces enfants jeunes, tous à peu près semblables, nous sont franchement inférieurs, ne présentent pas de résistances inquiétantes et ne nous demandent que peu d'efforts. En grandissant ils deviennent plus différents les uns des autres et plus différents de nous-mêmes, ils forment une personnalité qui est capable d'indépendance et de résistance, c'est là ce qui produit le changement d'attitude des malades à leur égard. Nous avons déjà noté que ces névropathes ne peuvent tolérer les personnes qui grandissent, qui s'enrichissent, le fait précédent est du même genre. Leur haine porte surtout sur les individus qui, au début, se sont montrés vis-à-vis d'eux les plus dociles, les plus affectueux et qu'ils ont essayé d'accaparer. Quand ces individus montrent quelque résistance, les amours précédentes se changent souvent en haines.

Dans la plupart des cas que je viens de signaler, ces diverses tendances, quoique singulières et anormales, ne donnent naissance qu'à des manies ou à des impulsions en apparence peu graves et qui restent plus ou moins conscientes. Le malade lui-même, quoi qu'il s'abandonne complètement à ces tendances est en général assez disposé à reconnaître sinon leur absurdité, au moins leur exagération : la plupart des descriptions précédentes m'ont été fournies par les malades eux mêmes, assez disposés, quand ils sont en présence du médecin, à rire de leurs propres manies. Il est évident que ces phénomènes peuvent se développer bien davantage et donner naissance à toutes sortes de délires plus ou moins dangereux. Mais alors la maladie est enfin reconnue et plus ou moins traitée. Je n'ai voulu signaler ici que des conduites sociales d'individus auxquels on attribue seulement des troubles de caractère et qui sont considérés comme parfaitement capables

de rester dans leur famille, car je voulais justement étudier l'influence que de telles conduites peuvent avoir sur l'état mental des personnes qui vivent auprès de ces individus.

6. — LES INDIVIDUS FATIGANTS ET ANTIPATHIQUES.

Bien souvent déjà on a remarqué que ces diverses exigences des malades névropathes ne leur sont pas toujours avantageuses : s'ils obtiennent de leur entourage ce qu'ils désirent, ils deviennent souvent plus malades. Les soins, les égards excessifs ne leur sont pas salutaires : « Il n'est rien de plus curieux, disait autrefois Playfair, il n'est rien de plus digne de pitié que cette association entre le malade et son égoïsme d'un côté et la personne bien portante avec son dévouement exagéré de l'autre... La patiente souffre t-elle de la colonne vertébrale, on la presse de s'étendre et de se reposer ; elle ne peut pas lire, celle qui s'est constituée son garde-malade lui fait la lecture ; la lumière lui fait-elle mal aux yeux, sa mère s'enferme avec elle toute la journée dans une chambre obscure ; et craint-elle un courant d'air, portes et fenêtres sont fermées, etc. »

Ac..., femme de vingt-deux ans, qui, à propos de son entérite muco-membraneuse, s'est laissée aller peu à peu à une manie et à une obsession de la défécation, se rend compte elle-même que ses troubles sont aggravés par sa famille. Sa mère la suit constamment en emportant un vase avec elle, elle la surveille à tout moment, regarde ses pommettes ou le blanc de ses yeux, lui demande si elle n'a pas des envies et lui offre le vase qu'elle a sous son manteau : « Dès que je tourne le dos, ma mère, mon père, ma grand-mère chuchotent sur mon compte, ils ne me laissent pas oublier ma maladie un seul instant ». Quand les tendances à la recherche de la domination et de l'amour sont trop développées et ont déterminé des manies et des impulsions, elles condamnent le malade à une lutte continuelle. Il s'épuise à la recherche de l'amour comme d'autres à la recherche d'un nom ou d'une preuve de l'existence de Dieu. Un des signes intéressants des mauvais effets de ces efforts prolongés, c'est cette transformation des manies d'amour en manies de haine que nous venons d'observer. C'est pour constater ce symptôme qu'il est important de bien faire le diagnostic entre les manies de domination, de

taquinerie, de cruauté et les vraies tendances à la haine. c'est-à-dire à l'éloignement et à la suppression. Il est également important de bien se rendre compte du moment où les manies mentales et les obsessions tendent à se transformer en délires psychasténiques. Ces divers signes indiquent que la résistance du malade faiblit, que sa tension psychologique baisse davantage et qu'il s'épuise dans la lutte qu'il a entreprise contre son entourage.

Il y a lieu de faire à ce propos une autre étude psychologique qui a été très peu abordée : étant donné le caractère des sujets que nous venons de décrire, quel effet produit leur présence sur les personnes qui vivent avec eux ? On se borne d'ordinaire à dire que ces sujets étant fort désagréables, leur présence est pénible pour tout le monde. Cela est incontestable, mais cela est loin d'être suffisant.

Toutes les conduites que nous venons de décrire déterminent une réaction sur les assistants et cette réaction est nécessairement une attitude compliquée et difficile. L'aboulie, l'indécision de ces malades les rendent incapables de faire aucune action utile, et il faut évidemment les remplacer et faire dans le ménage leur part de travail en plus de celle que l'on a déjà. Nous avons vu à ce sujet les doléances du mari de Aj... : « C'est plus compliqué, disait-il, que vous ne croyez, de vivre pour deux, c'est une surcharge qui m'accable et que je me sens incapable de soutenir longtemps ». Ce qui est pire, c'est qu'il faut vouloir pour eux, décider pour eux en tenant compte de leurs intérêts et de leurs goûts qu'il faut bien étudier : il faut accepter la responsabilité de tous ces actes en s'exposant à leurs reproches et à leurs protestations. Si on veut les faire agir, soit parce que cela est indispensable, soit parce que l'on essaye de les occuper, de les distraire, il faut avec habileté préparer l'action, faire l'effort pour eux, puis les entraîner, ce qui est fort difficile, car ils ne s'intéressent à rien. « il faut les canuler indéfiniment pour obtenir quelque chose, c'est un travail énorme ». Si l'on veut agir avec eux, il faut tenir compte de leur invraisemblable lenteur et ralentir toutes nos actions. « on finit par être si impatiente que l'on préfère faire toute l'action à leur place ».

Il n'est pas non plus facile de parler avec eux, leur parole pénible, leurs phrases incomplètes demandent une attention soutenue. Ils ont peur de la conversation et surtout de la discussion.

« C'est à peine s'ils expriment une opinion personnelle, ils l'abandonnent tout de suite de peur d'avoir à continuer un effort pour la soutenir et vous laissent tout à coup dans le vide... ou bien ils embrouillent tout pour qu'on n'y comprenne rien et qu'on les laisse tranquilles ». D'ailleurs ils n'ont pas de sujet de conversation, ils ne s'intéressent à rien et ne suivent pas les événements : « On est tout à la guerre et aux morts et elle ne peut parler que des méfaits de la cuisinière... et puis trop de sujets sont interdits avec elle, on reste des journées entières près d'elle sans pouvoir dire un mot, c'est mourant... vous ne vous figurez pas ce qu'est un déjeuner dans cette famille... » Si on y tient beaucoup, il faut se donner bien de la peine pour leur faire comprendre quelque chose à cause de leur inattention et du peu d'intérêt qu'ils accordent à ce qu'on leur explique. Lkd... se désespère, quand il veut entreprendre l'éducation de sa femme qu'il trouve trop enfant, il finit par y renoncer : « Nous ne pouvons pas vivre intellectuellement ensemble ».

Leur incapacité d'aimer réellement, la difficulté qu'ils éprouvent à accepter définitivement un groupement, une association finit par être pénible et décourageante. Ces gens qui réclament sans cesse des caresses et des remerciements, ne sont pas capables de reconnaître l'affection qu'on leur donne, ni les services qu'on leur rend ; bien mieux ils cherchent à ne pas les voir pour éviter l'humiliation et la fatigue de la reconnaissance. Il faut constamment faire en les servant un effort de désintéressement et renoncer à toute manifestation réelle d'affection : « Mon mari est froid et injuste avec moi, il me boude tout le temps et n'a pas l'air d'avoir pris son parti de m'avoir épousée, cela m'attriste et me trouble, je me sens provisoire, pas casée, c'est pénible et difficile ». Ce dévouement est encore rendu plus difficile par l'instabilité de leurs sentiments : « On ne sait jamais comment on est avec eux, ou ami ou ennemi, il faut tout le temps se garder et se méfier... On ne sait jamais si leurs sentiments sont sincères, il vous jettent des regards méchants en vous appelant ma chérie... D'ailleurs il y a au fond une indifférence et un égoïsme qui sont décourageants ». Le trouble et la gêne qu'ils ont tout le temps dans leurs rapports sociaux sont contagieux, ils sont embarrassants par leur timidité, car rien n'est aussi fatigant et difficile que de parler avec un timide. Nous avons même de la peine à comprendre leurs phrases inachevées et balbutiées et notre effort d'attention doit

être constamment très grand. Aucune intimité n'est possible avec eux : ils prétendent la désirer, mais en fait ils se conduisent comme s'ils la redoutaient. Ils cherchent constamment à se cacher. « Ils mentent constamment, jamais ils n'avouent rien franchement... incapables de comprendre la franchise des autres ils se conduisent toujours avec vous comme si vous mentiez, il n'y a rien de plus pénible. » Nous devons cependant travailler à les deviner pour les connaître et les assister.

Ils sont constamment tristes et mécontents : « C'est un état de rogne perpétuel dont on ne saisit pas toujours la raison ou le prétexte, cela donne à toute la maison une nuance grise qui est fort pénible ». Les membres de la famille Lox... sont fatigués et inertes dès qu'ils rentrent à la maison et qu'ils sont restés dans la famille depuis quelques jours, ils redoutent les réunions de famille, les repas en commun qui sont un supplice : « C'est si fatigant cette atmosphère sombre sans jamais un rayon de gaieté, cette critique perpétuelle de tout et de tous, sans jamais une approbation de quoi que ce soit. Personne n'ose plus parler quand elle est là, il y a trop de sujets interdits et il faut trop se surveiller en parlant, nous ne sommes plus capables de rien faire... on dirait qu'un malheur plane sur toute la maison ».

Non seulement ils ne font rien, mais ils cherchent à gêner notre action et ils s'y opposent souvent de toutes leurs forces comme ils s'opposent à toutes les dépenses. Ils nous faut résister à leurs objections et maintenir présente notre pensée de l'action, quoique toutes leurs paroles et toutes leurs attitudes tendent à la supprimer : il y a là un effort supplémentaire considérable. « Mon père nous empêche de diriger la maison de commerce, il est un obstacle à tout ». « Ma fille nous empêche de faire chez nous la cuisine... » « Que de peine m'a-t-il fallu pour que l'on fasse quelque chose à la maison... il me faisait tomber avec lui, il m'enlisait, j'ai dû lutter pour me ressaisir, pour ne pas couler avec lui. »

Dans d'autres cas, ils consentent à nous laisser faire l'action, mais à la condition de s'en mêler en donnant des ordres, des conseils pour ajouter à l'action d'autres détails parfaitement inutiles, mais qui leur permettront de croire qu'ils y sont pour quelque chose, d'où pour nous une action plus compliquée. Ils veulent aider, collaborer ou simplement regarder faire celui qui

agit. D'abord cette collaboration est délicate, nous devons la faire avec discrétion en sachant nous effacer à temps. Car ils ont la manie de la liberté et crient sans cesse que l'on veut les dominer, les influencer, tandis que c'est à eux à influencer les autres. Il faut dissimuler notre intervention, leur faire croire que toutes les décisions viennent d'eux, leur laisser tout le bénéfice du travail. Rv... sait bien que sa femme, qui d'ordinaire résiste à toute proposition, fera l'acte dans quelques jours si on réussit à lui faire croire que l'idée de cet acte vient d'elle-même ; mais il trouve cette conduite absurde et égoïste et il a de la peine à se résigner « à cette importance qu'elle prend à tort et à travers ». Ils nous répètent : « Ne vous gênez pas, travaillez avec moi, devant moi, faites comme si je n'étais pas là, cela nous fait plaisir de vous voir travailler et de donner quelques conseils et cela ne vous coûte rien ». Croyez-vous que cela ne nous coûte rien : je ne puis pas ignorer votre présence, car vous n'êtes pas invisible, je dois faire mon travail en pensant que vous êtes là, que vous me regardez, que vous me jugez, toute mon action est transformée. Elle semble être la même, mais elle est psychologiquement bien plus complexe, il me faut remplacer le laisser-aller automatique par une surveillance continuelle. Vous ne restez pas immobile et silencieux, vous désirez augmenter le sentiment de collaboration qui vous remonte en prenant part un peu plus à mon travail, en faisant des remarques : « C'est bien ce que vous faites là... Mais je ne sais pas si je n'aurais pas agi autrement... Tenez, moi j'aurais commencé par là... » Sans doute je devrais ne tenir aucun compte de vos observations, j'ai réfléchi à ce travail plus que vous, je sais que vous n'y connaissez rien, j'ai déjà éliminé ces solutions que vous me proposez. Malheureusement vous réveillez la pensée des difficultés, vous me faites hésiter de nouveau, vous me forcez à recommencer encore une fois la résolution que j'avais déjà prise, quelle énorme dépense supplémentaire. Un grand banquier est à la campagne et sur le conseil de son médecin il essaye de faire un peu de jardinage. Des amis se précipitent autour de lui : « Oh ! le maître de la finance qui manie l'arrosoir et le sécateur... Cincinnatus, vous ne craignez pas de vous fatiguer... Les médecins sont si bizarres... Permettez que je vous aide ». Le jardinier improvisé est gêné, il veut faire bonne contenance et sourire aux dames en taillant ses rosiers, il devient maladroit et se pince les doigts ; pour ne pas avouer sa mala-

dresse il dissimule sa douleur... Que d'efforts : son essai de jardinage l'a complètement épuisé. C'est surtout la manifestation des sentiments qui devient difficile, qui est arrêtée par la présence des témoins. « Je ne quitte pas mes jeunes mariés, dit une belle-mère, car j'aime à voir l'expression des sentiments, je voudrais tant assister à leur amour, malheureusement ils sont tellement froids, ils ne se disent plus un mot dès que j'arrive ». « Je voudrais être plus tendre avec mon père, me dit Mlle M... mais ma pauvre mère est toujours là : elle ne m'intimide pas précisément, je ne sais pas quel effet elle me produit, elle m'arrête tout et j'en arrive à ne plus rien dire à la maison... »

La manie du commandement détermine des modifications dans les actes des assistants : elle transforme tous ces actes en des obéissances. En général l'obéissance vraie, quand il s'agit d'actes difficiles pour lesquels nous recevons une direction utile, diminue le travail de délibération et de décision réclamé par ces actes et contribue à les faciliter. Mais quand il s'agit d'actes simples à propos desquels nous n'avons aucun besoin de direction, ou quand il s'agit d'actes inutiles que nous ne ferions pas du tout si nous étions libres, l'exécution de ces actes par obéissance les rend plus compliqués. L'acte au lieu d'être automatique est fait avec pleine conscience ; au lieu d'être personnel, il devient social ; il n'est plus fait uniquement pour lui-même, mais pour faire plaisir à quelqu'un avec un air de soumission et en renouçant au bénéfice d'excitation que cause un acte personnel. Il en résulte que si l'obéissance diminue le prix de revient des actes très coûteux, elle augmente le prix des actes bon marché. Chez les individus faibles et pauvres qui restreignent les dépenses inutiles, la transformation d'un acte banal en un acte d'obéissance le rend si coûteux qu'elle le supprime. Un enfant souriant et bien disposé se préparait à manger sa soupe tout seul, la mère se précipite en criant : « Allons, mange ta soupe », l'enfant immédiatement se met à crier et ne mange plus sa soupe. Une jeune fille qui porte un appareil photographique s'arrête dans une promenade et se met en mesure de prendre une vue d'un paysage : sa mère se retourne et s'écrie : « Ah, voici un joli coin, prends donc vite cette vue ». La jeune fille referme son appareil et le remet sur son dos sans avoir rien pris. Elle prétend qu'à la réflexion elle a trouvé la lumière mauvaise ; mais elle est de mauvaise humeur parce qu'elle sent vaguement qu'elle a encore échoué dans une

action dont on avait inutilement augmenté la difficulté. Il n'est donc pas insignifiant de vivre constamment auprès d'individus qui ont la manie du commandement. Cela nous force à faire à chaque instant des actes plus compliqués et plus coûteux qu'il ne serait nécessaire, et à renoncer à tous les bénéfices de l'indépendance et de l'initiative. En effet, n'oublions pas qu'il y a dans l'initiative et dans la liberté une excitation favorable dont les autoritaires privent absolument les personnes de leur entourage : « Ils ont pris l'habitude de me mener par le bout du nez, ils sont stupéfaits et furieux si je fais la moindre des choses de mon plein gré, cela m'enlève toute satisfaction et toute gaieté... Non seulement il me commande perpétuellement, mais il le fait devant les autres, même dans les tramways il me met la main sur l'épaule et me donne des ordres pour bien faire voir qu'il est mon propriétaire, c'est humiliant à la fin... Je n'ai jamais eu le plaisir de faire quelque chose qui ne me soit pas ordonné, c'est là une des grandes raisons de notre inaction à tous, cela finit par nous donner mauvaise opinion de nous-mêmes... Je ferais les choses si on ne me répétait pas à toutes les minutes de les faire... »

Les manies de l'amour ne sont pas plus faciles à supporter : il faut prendre de grandes précautions pour ne jamais heurter ces malades, pour ne jamais les critiquer en quoi que ce soit, pour ne jamais leur donner l'impression « qu'ils peuvent être en querelle avec quelqu'un ». Il faut perpétuellement leur rendre d'innombrables services sans aucune compensation possible, c'est un travail compliqué, difficile, et c'est une servitude pénible.

Les diverses exigences particulières que nous avons passées en revue ont toutes le même caractère. Les plaintes des névropathes, leurs inquiétudes continuelles tendent à nous inquiéter nous-mêmes, à faire naître en nous des sentiments semblables. Vix..., homme de vingt-neuf ans, ne peut rester près de sa grand-mère et de son père : « Ils critiquent tout, ils expriment toujours des idées de maladie, de ruine, de catastrophe, ils se disent tout le temps crucifiés, ils annoncent que les événements vont se précipiter et cela avec des déclamations et de grands gestes tragiques. Au fond ils pensent tout haut ce que je ne suis que trop disposé à penser tout bas : leurs discours m'attristent et me font peur ». Il faut résister à ces inquiétudes ainsi suggérées, il faut nous répéter que ce sont des malades, qu'il ne faut pas les croire ; cela

est juste, mais c'est là un effort et une lutte. Au lieu de nous laisser aller à l'inquiétude qu'ils suggèrent, il faut travailler pour les rassurer, les consoler, les remonter. « Je viens de voyager avec une tante nerveuse, triste, désagréable, jalouse, et il a fallu passer mon temps à la remonter ; que la vie est compliquée et difficile avec elle ! Dans quel état m'a-t-elle mise ? » D'autres réclament perpétuellement des remerciements et des flatteries. Il faut en comprendre la nécessité, renoncer à notre propre vanité et travailler à les bien complimenter. Car c'est un véritable travail, ces malades sont terriblement soupçonneux et réclament de belles flatteries qui aient l'air assez sincères et assez vraisemblables pour qu'ils puissent les accepter sans trop de ridicule : il faut pour y parvenir dépenser beaucoup d'attention et combiner une conduite vraiment artistique.

En leur rendant tous ces services, il faut habilement les rassurer sur l'avenir et leur garantir qu'on les leur rendra indéfiniment pendant toute leur vie. Il faut se méfier de toute manifestation irréfléchie de l'intérêt personnel et leur faire comprendre que l'on n'attend rien d'eux en retour, qu'on « les aime bien pour eux-mêmes », qu'ils ont en eux-mêmes par le simple fait qu'ils existent, le droit d'être aimés indéfiniment.

Cette manie des droits nous impose en plus une humiliation perpétuelle, car, si le malade a le pouvoir d'exiger de nous d'innombrables actions sans avoir lui-même à faire pour nous aucune autre action, c'est que nous lui sommes bien inférieurs. C'est bien ainsi d'ailleurs qu'il l'entend, car il tient beaucoup à noter à chaque instant notre infériorité, à la faire constater et à la faire accepter. Cette conduite éveille en nous instinctivement une réaction de défense : les réclamations perpétuelles du malade au nom de ses droits éveillent invinciblement la pensée que nous avons aussi des droits qu'il ne respecte jamais. Il faut résister à cette pensée pour conserver une conduite élevée moralement, mais psychologiquement bien difficile.

Quand le malade a la prétention d'aimer lui-même, de rendre des services, de faire des cadeaux, il ne simplifie pas notre besogne, il la complique au contraire. Il est, en fait, parfaitement incapable de rendre un service réel, il veut tout simplement que nous ajoutions à tous nos travaux précédents des efforts de remerciement, et que nous supprimions encore davantage la part de reconnaissance qu'il pourrait nous devoir. Il veut bien avoir l'air

de payer pour l'amour qu'il demande, mais il veut choisir le paiement et imposer un paiement fictif que nous devons avoir l'air d'accepter pour un véritable : en réalité c'est toujours du **dévouement gratuit** qu'il exige.

Il est vrai que c'est là le plus beau dévouement, celui qui n'est déterminé que par le principe abstrait du devoir et qui est le plus élevé au point de vue moral. Mme X... a raison quand elle dit : « Au fond ce que je demande est bien simple, c'est que l'on se conduise avec moi selon les règles de la moralité... Si mon mari et mes enfants avaient une vraie moralité, j'aurais toujours obtenu tout ce que je demandais ». Cela est juste et je me garde bien de dire qu'une telle conduite soit impossible : on voit trop souvent des dévouements admirables auprès de psychasténiques vraiment odieux. Mais je fais simplement remarquer que l'homme normal n'a pas toujours l'habitude de se conduire comme un Saint et que c'est là une conduite très compliquée, très élevée et psychologiquement très coûteuse. Aussi ne serons-nous pas trop surpris des réclamations, des protestations de ceux qui n'ont pas tout à fait cette vocation de la Sainteté. Les filles d'Héloïse ont peur d'elle quand celle-ci veut les aimer passionnément : elles la trouvent « exclusive et encombrante » et ne veulent pas vivre auprès d'elle. La pauvre mère s'en étonne : « Mon besoin d'aimer est-il donc si effrayant ? Suis-je une ogresse de l'amour ? Ces gens-là ne savent pas aimer, ils ont peur de s'enchaîner... »

Malgré toutes les précautions et les dévouements on ne peut pas éviter que les malades ne conçoivent des sentiments de doute et de jalousie : le travail mental devient encore plus grand quand il faut supporter des attaques, des méchancetés, des scènes de toute espèce. D'abord ces attaques inspirées quelquefois par de la véritable haine ne sont pas toujours sans danger. Malgré son aboulie et sa maladresse, le psychasténique momentanément emporté par une impulsion peut quelquefois blesser réellement ; il est souvent fort habile pour nuire indirectement et sa manie de dénigrement est souvent redoutable. Il excelle surtout dans l'art de brouiller ceux qu'il a adoptés avec toute autre personne, car il cherche constamment à diviser pour régner. Il faut reconnaître toutes ces attaques et leur importance, les détourner pour n'en pas trop souffrir et cependant éviter en se défendant de blesser le malade. Même quand on a grande envie de le redouter

et de le mépriser, il faut continuer à lui montrer une affection et une admiration sans borne.

Sans doute il faut comprendre que ces attaques ne sont pas inspirées par de la vraie haine, qu'elles dépendent le plus souvent du besoin de se remonter à nos dépens, de la manie des taquineries et de la manie des scènes. Mais en premier lieu ce n'est pas toujours vrai, puisqu'il y a souvent de véritables haines : il nous faut faire le diagnostic, ce qui demande de la perspicacité psychologique et de l'attention. Puis, si nous comprenons que ce sont des taquineries, il nous faut résister à la tendance naturelle qui nous porte à repousser une attaque par une défense violente, il faut nous arrêter par la pensée que ces personnes méritent le respect et l'affection, même dans leurs égarements, par l'espoir qu'ils changeront un jour de conduite à notre égard ; enfin il nous faut adopter une attitude spéciale et peu naturelle, la réponse à une attaque par un sourire, un air chagrin et étonné. « Au début, j'étais au désespoir et je pleurais à m'en rendre malade, quand elle faisait ses grandes scènes, quand elle jetait son anneau de mariage sur le berceau de l'enfant, puis j'ai eu envie de rire devant tous ces mélodrames. Je sais maintenant qu'il ne faut faire ni l'un ni l'autre, mais il m'a fallu des années pour l'apprendre. » Il s'agit là d'une conduite en quelque sorte scientifique, analogue à celle du psychologue observateur qui ne souffre pas des injures de son malade parce qu'il s'intéresse à un beau cas ; c'est l'attitude du médecin aliéniste, à la rigueur c'est celle de la garde-malade, mais ce n'est pas l'attitude naturelle d'un mari vis-à-vis de sa femme : « Je ne peux pas me considérer comme garde-malade auprès de ma grand-mère et c'est pour cela qu'une visite auprès d'elle m'épuise complètement ».

Rien n'est aussi pénible et aussi déprimant que la vie auprès d'un individu jaloux : si on veut éviter ou réduire un peu les scènes trop graves, on est astreint à une surveillance constante de ses moindres actions, de ses moindres gestes et on est obligé de renoncer presque complètement à toute vie sociale. Si on veut conserver une conduite un peu naturelle, on est obligé de supporter des scènes épouvantables et continuelles.

On ne peut mieux se rendre compte de la complexité des conduites déterminées par un psychasténique dans son entourage, qu'en réfléchissant à la situation dans laquelle nous sommes vis-

a-vis d'un menteur, d'un simulateur. Un individu que nous savons capable de mensonge, dont nous nous défions, exige de notre part une conduite compliquée : il nous faut l'écouter en résistant à la tendance naturelle qui nous porte à croire ce qu'on nous dit, à nous laisser suggestionner ; il nous faut croire en réalité une autre chose que nous devons construire en écoutant parler le menteur. Cela complique énormément notre conduite. Eh bien, non seulement le névropathe ment constamment, comme nous l'avons vu, mais encore toute sa conduite donne l'impression d'un perpétuel mensonge : il a l'air d'aimer et il n'aime pas de la façon ordinaire ; il a l'air de haïr et il ne haït pas en réalité ; il réclame l'obéissance et il ne commande rien d'important qui justifie l'emploi du commandement. A chaque instant il plaide le faux pour savoir le vrai et quand il nous déclare qu'il est convaincu d'être un malade incurable il nous faut comprendre qu'il n'en pense pas un mot et qu'il attend une contradiction.

« Ce qu'il y a de plus pénible dans ma vie auprès de mon mari c'est qu'il m'est impossible de rien prendre au sérieux, de me laisser aller à mon premier mouvement, d'être moi-même naturelle puisque rien en lui n'est naturel et n'a sa signification ordinaire. » « Mon mari, dit Mme Zso..., me répète qu'il ne mange jamais, devant moi il repousse la nourriture avec horreur et veut modrir de faim. Mais je sais qu'il mange beaucoup dès que j'ai le dos tourné ; il hurle de désespoir quand il sait que je puis l'entendre et que cela me désole, et je sais que, si je suis sortie de la maison, il reste parfaitement calme. Il se détourne de moi quand j'entre dans sa chambre et fait semblant de me détester, de ne plus s'intéresser à moi et il cherche ensuite par tous les moyens à savoir si je suis là, si je m'occupe toujours de lui. C'est énervant à la fin, qu'est-ce qu'il y a de vrai et de faux dans tout cela ? » Cette apparence de mensonge est si nette que les malades eux-mêmes s'y laissent prendre et plusieurs répètent constamment : « Il me semble que je simule, il me semble que je joue la comédie ». Sans doute, ce n'est pas tout à fait exact, il ne s'agit pas là de vrais mensonges. Mais il y a là une conduite double analogue à celle du mensonge : le véritable but de l'action du malade qui est de se remonter à nos dépens, n'est pas avoué et n'est même pas clairement connu, il est dissimulé sous une autre conduite qui ordinairement a son but tout différent, mais qui incidemment a la propriété de remonter. C'est ainsi que le

malade par ses essais de domination, par ses taquineries, ses bouderies, ses scènes d'attaque simulée détermine chez les assistants une impression et une conduite analogue à celles qui sont la conséquence des mensonges.

Quelles que soient les apparences, cette conduite complexe déterminée par le névropathe chez toutes les personnes de son entourage, a toujours le même résultat, elle est très fatigante et pour reprendre notre comparaison elle est énormément coûteuse. C'est là le cri perpétuel de tous ceux qui approchent de telles personnes : « Ma grand'mère est horriblement fatigante... Ma sœur me fatigue et m'épuise... Ma femme est fatigante, mon ménage est triste et fatigant... Mon mari, oh ! qu'il est épuisant... Mon mari est maladroit, lourd, baroque, tout ce que vous voudrez, mais surtout il est éreintant... La maison n'est pas tenable, mon père ne fait que gémir, il faut s'épuiser à le réconforter ; ma mère nous aime tellement qu'elle nous envahit ; sous prétexte de mettre de l'ordre elle vient bousculer nos chambres, elle cherche tout le temps à nous rendre des services que nous ne demandons pas et elle fait des scènes parce que nous n'en paraissions pas assez enchantés : c'est éreintant et moi qui avais tant besoin d'une vie calme, je n'en peux plus ». C'est là le refrain perpétuel autour des névropathes.

Être fatigant, c'est nous forcer à faire des dépenses excessives de force morale que nous ne ferions pas si ces personnes n'étaient pas autour de nous. Essayons de faire comprendre par une comparaison ce caractère de certains hommes d'être coûteux. Un individu a dans sa poche une pièce de vingt francs qui doit lui suffire pour ses dépenses de plusieurs jours : il se juge assez riche pour se permettre le dimanche une promenade à la campagne : il compte voyager en troisième classe dans le chemin de fer, déjeuner dans une toute petite auberge et se rafraîchir au ruisseau, en somme il ne dépensera pas grand'chose. Il rencontre un ami plus fortuné qui veut l'accompagner et qui pour le convaincre promet de partager les dépenses, ce qui sera plus économique. Quelle erreur ! Avec l'ami riche il n'ose voyager en troisième, il déjeune dans un restaurant plus confortable et se rafraîchit dans un café : le soir il a dépensé dix-huit francs et ne garde plus que deux francs pour les jours suivants : il est mécontent de sa promenade et de lui-même et il est furieux contre son ami, qui a été un ami coûteux.

Il se passe quelque chose d'analogue au point de vue mental et nous trouvons des exemples très nets d'individus fatigants et coûteux, si nous étudions le phénomène de l'antipathie. Les philosophes qui ont étudié l'antipathie, comme faisait encore Ribot il y a peu d'années¹, ont toujours rapproché ce sentiment de la crainte proprement dite. Les individus antipathiques, disent-ils, sont des individus dangereux pour nous, mais leur menace n'est pas bien évidente : d'abord on ne voit pas très bien de quoi ils nous menacent et ensuite on ne discerne pas à quel signe nous reconnaissons qu'ils sont dangereux. Ce danger n'est pas clairement perçu, il est en quelque sorte deviné, pressenti par une intuition instinctive. Les choses sont à mon avis beaucoup plus simples : les antipathiques sont en effet des gens que nous craignons, que nous fuyons, mais que nous fuyons parce qu'ils nous menacent d'un danger très réel que tous les hommes redoutent fort, mais que les psychologues n'ont pas compris : ils nous menacent de la fatigue, de la dépression mentale par épuisement.

Nous sommes tous économes de notre activité mentale et nous éprouvons un sentiment d'aversion, un léger désir de les faire disparaître au moins de notre présence, par conséquent un commencement de haine pour les individus qui exigent de nous, quand ils nous abordent, une plus grande tension et une dépense plus considérable. M. X... est simplement curieux et bavard : il désire, cela est évident, savoir mon opinion sur telle question, mon sentiment sur plusieurs de nos amis : il se servira des unes et des autres dans des articles ou dans des conversations. Peut-on dire qu'il soit réellement dangereux pour moi ? Bien peu, car il me suffit de surveiller mes paroles pour qu'il ne puisse rien répéter de fâcheux. Mais il m'oblige à une conversation compliquée pendant laquelle je pense constamment à une chose que je ne veux pas dire et dont j'arrête l'expression et pendant laquelle je dis en même temps des choses indifférentes : une conversation de ce genre est un acte de haute tension bien différent de la conversation avec abandon. Il me fatigue, il m'oblige à de grandes dépenses, il m'est antipathique. Le menteur qui nous oblige, comme on l'a vu, à une conduite complexe, l'autoritaire, le susceptible, le vantard que l'on ne veut cependant pas humi-

1. Th. Ribot, *Problèmes de psychologie affective*, 1909 ; Cf. Bourdieu, *La psychologie affective*, 1912 ; les sympathies imparfaites, p. 104 (F. Alcan).

liér, celui qui réclame au nom de droits anciens sans avoir une valeur présente, etc., sont des individus coûteux pour la même raison et peuvent facilement devenir antipathiques. Sans doute ce sentiment d'antipathie varie beaucoup suivant notre propre résistance : ceux qui sont forts et riches ne sentent guère ce léger accroissement de dépense en présence de certaines personnes, ils ont peu d'antipathies. Le pauvre sent fortement les plus petites dépenses, et plus on est faible, plus on se sent rapidement ruiné par certaines personnes, plus on a facilement de graves antipathies.

Les névropathes sont au suprême degré des individus coûteux : et souvent soit par les hasards du mariage, soit par l'influence d'une hérédité commune, ils sont entourés par des personnes dont la tension psychologique faible s'abaisse facilement. Celles-ci souffrent rapidement de la conduite compliquée et épuisante qui leur est imposée et elles conçoivent vis-à-vis des malades des sentiments tout particuliers, expression d'une antipathie profonde et raffinée.

Les aliénistes ont souvent recueilli chez un grand nombre de malades une expression très curieuse qu'il faut analyser : « *On me vole ma pensée, on me vole ma conscience* ». Nous trouvons cette expression et ses variantes dans la bouche de beaucoup d'individus, névropathes, douteurs, obsédés, mais qui ne sont pas forcément des délirants persécutés. Px..., femme de trente-sept ans, dit en parlant de sa sœur et de sa mère : « Je n'ai plus ma pensée quand je suis près de ma mère ou de ma sœur, elles me gênent, me réfrigèrent, me coupent mes élaus ; elles me rongent, elles me sucent, elles m'aspirent tout mon être, elles me volent ma pensée, je n'aurai pas ma pensée tant que j'habiterai avec elles... » « Les gens qui m'environnent, me dit Ec..., femme de trente-quatre ans, me prennent tout d'un coup ma pensée et après je suis sans conscience... » « Dès qu'ils entrent, dit une autre, ils me prennent ma pensée, ils me volent ma présence d'esprit, le pouvoir d'agir de moi-même ». « Il m'est si difficile de vivre avec des gens nerveux, surtout quand je suis fatigué, dit Tt..., homme de trente ans, cela m'épuise, me vide. Ma sœur devrait bien être séparée de ma mère, sinon elle va devenir malade comme moi. C'est trop fatigant d'être dans la même chambre qu'elle, elle est vidante, elle vous vole votre pensée ».

Dans des cas plus graves, cette impression du vol de la pensée se produit à tout moment à propos de beaucoup de personnes : « A table, dit Agathe, tout le monde tombe sur moi et m'enlève ma volonté de manger, c'est comme si la personne d'en face me coupait bras et jambes, je suis à la merci d'une foule de gens qui me volent ma pensée ». Les malades qui expriment des idées de ce genre sont extrêmement nombreux.

Cette expression est voisine de plusieurs autres qui me semblent cependant devoir en être distinguées. Certains malades, comme Émile, se plaignent qu'on pénètre leur pensée, qu'on lit leur pensée : « C'est comme si j'étais transparent ». « On peut saisir toutes mes pensées dès qu'on me voit, dit également Su..., c'est comme si on les entendait ». Il s'agit là d'une manie de la cachotterie, d'une phobie d'être deviné : « Je ne veux pas, dit Émile, que l'on sache de petites pensées ridicules qui s'expriment par les traits du visage, que l'on peut deviner par des coïncidences entre des circonstances et ces traits ». D'autres malades se plaignent tout le temps qu'« on répète leurs pensées », c'est le phénomène de l'écho de la pensée, en rapport avec des paroles automatiques plus ou moins compliquées. D'autres enfin sentent que leur pensée ne leur appartient plus : « J'ai des pensées que je sais être à moi et d'autres que je sens ne pas être à moi, comme si elles marchaient toutes seules et m'étaient imposées ». C'est là le sentiment de l'automatisme, si fréquent parmi les sentiments d'incomplétude, venant s'ajouter à un phénomène analogue au vol de la pensée proprement dit.

Voici comment je serais disposé à interpréter ce dernier phénomène « le vol de la pensée » : les individus dont la tension psychologique est instable, ont des chutes brusques de cette tension, de véritables crises de psycholepsie déterminées par leurs relations avec certaines personnes de leur entourage. Au début ces abaissements du niveau mental se produisent lentement au cours de ces actions déprimantes que je viens d'énumérer, puis elles deviennent de plus en plus rapides. « Que voulez-vous, peu à peu les scènes que ma mère aime tant à me faire sont devenues pour moi plus épuisantes. Au début je les supportais de bon cœur et je pleurais vite pour lui faire plaisir. J'en arrive maintenant à ne plus pouvoir pleurer, mais je me sens m'en aller, je sens que je deviens indifférente, que je perds le pouvoir de diriger mes pensées, que le monde cesse d'être réel pour moi ; dès

qu'elle commence à faire une scène, il faut que je m'en aille bien vite du salon pour retrouver mon bon sens ». Ces chutes psycholeptiques sont très fréquentes dans ces conditions, elles constituent l'essentiel de la timidité.

Les sujets qui les présentent éprouvent le besoin de rattacher à une circonstance extérieure cette modification de leur tension psychologique, comme tous les changements qui se passent en eux : « Si je ne suis pas aimable, me dit Simone, femme de vingt-six ans, c'est que quelqu'un me gêne, me paralyse ou me fait faire des sottises », et naturellement, dans le cas actuel, ils rattachent leur dépression subite à l'action de la personne présente. Ils n'ont pas d'ailleurs entièrement tort, car ce sont bien ces personnes présentes qui leur demandent des actions trop compliquées pour eux, qui les fatiguent et les dépriment. Peu à peu l'interprétation « du vol de la pensée » surgira immédiatement dès qu'une certaine personne sera présente. Cette explication « d'un vol de la pensée » peut dans certains cas se vérifier d'une façon presque expérimentale. Avec beaucoup de peine je suis arrivé à diminuer la timidité bourrue de Simone : elle est en train de causer avec moi et fait des remarques assez fines, elle est satisfaite de se montrer intelligente et se remonte au point de ne plus présenter aucun délire. La porte s'ouvre avec fracas et sa mère en grand costume se précipite : elle veut savoir « comment va la chérie, si le docteur la trouve tout à fait guérie et capable de s'habiller tout de suite pour se présenter au salon ». La chérie fait une figure longue d'une aune, elle a l'esprit lent et a horreur des surprises ; sa mère en entrant brusquement l'a émotionnée et déjà déprimée ; la toilette de la mère la choque, car elle en est jalouse et elle sait qu'elle n'a pas la force de s'habiller de la même manière ; les discours de sa mère la revoltent, car elle les sent faux : elle comprend fort bien que sa mère autoritaire et jalouse est entrée brusquement pour surprendre ce qu'elle pouvait bien dire au docteur et il lui faut résister à son désir violent de le reprocher à sa mère. Tout cela la déprime de toutes manières et comme il arrive dès que sa tension s'abaisse, elle devient brutale et grossière et recommence à délirer sur la possession que les autres exercent sur elle. A ce moment, se tournant vers moi, elle me glisse à l'oreille : « Vous le voyez bien, ma mère m'en veut, elle vient encore de me voler ma pensée ».

Tous les autres phénomènes que l'on observe autour du « vol

de la pensée » ont la même origine : le sentiment d'automatisme et le sentiment de possession sont des sentiments d'incomplétude en rapport avec la psycholepsie elle-même : « Ces filles, disait Gh..., ont un grand pouvoir sur moi, elles me volent ma pensée, puis me pénètrent par leur regard, m'éclipsent au point que je me surprends avec des gestes, des allures, des intonations qui ne sont pas les miennes ». D'autres personnes se croient suggestionnées, hypnotisées, décomposées et comme disséquées par l'influence d'autrui : « Je sens, dit Simone, sous cette action de ceux qui m'approchent des parties de mon intelligence, de ma compréhension, de mon jugement s'en aller... C'est comme si ils m'enlevaient des parties de moi-même, des petits biftecks de place en place... Ces types de grosse femme, ça me fait comme un coup, cela me rend malade, comme si leurs sales mains étaient venues sur moi et comme si leur corps remplaçait le mien... Je tâche de me retrouver, je me frictionne pour que les parties de la grosse dame s'en aillent ». Toutes les variétés des sentiments et des délires de persécution dérivent de ces faits fondamentaux.

D'ailleurs la dépression causée par la présence de ces individus fatigants et coûteux se manifeste même par des troubles physiologiques : la force musculaire est diminuée, des troubles circulatoires et respiratoires se manifestent chez quelques-uns uniquement quand ils sont en présence des personnes qui les épuisent. La digestion surtout est fréquemment altérée dans ces milieux moralement malsains. Un... homme de trente ans, répète qu'il ne peut pas digérer quand il mange avec sa mère. « On ne peut pas manger dans ma famille, dit un autre homme de vingt-huit ans, on se querelle tout le temps et cela me donne régulièrement une indigestion ». Le fait est banal et il a été remarqué par bien des auteurs¹. Beaucoup de névropathes ont de l'entérite quand ils mangent dans leur famille et n'en ont plus quand ils sont en voyage et mangent dans les hôtels ou le régime n'est certes pas meilleur. L'essentiel est toujours l'action déprimante qu'exercent sur des individus peu énergiques les personnes de leur entourage, quand elles appartiennent à la catégorie des individus névropathes, exigeants et coûteux.

1. Cf. A. Bliss, L'influence de l'esprit sur la digestion, *Psychotherapy* de Parker, III, n. p. 58.

7. — LE GROUPE NÉVROPATHIQUE ET LA CONTAGION DES NÉVROSES.

Les études précédentes trouvent, si je ne me trompe, leur confirmation dans un fait clinique déjà signalé depuis longtemps, mais auquel, à mon avis, on n'a pas accordé une importance suffisante : je veux parler de l'existence non de la famille, mais du *groupe névropathique*. Tous les médecins habitués à ce genre de clientèle reconnaîtront avec moi que dans un milieu donné un névropathe est rarement seul. Presque toujours on constate autour de lui une ou plusieurs autres personnes qui sont également atteintes à des degrés divers et avec des formes variées de la même dépression de la tension psychologique. Souvent ces autres personnes sont même beaucoup plus malades que le sujet présenté en première ligne, mais pour différentes raisons leur maladie n'a pas été aussi bien reconnue. Elles amènent le malade et le déclarent névropathe sans se douter du trouble bien plus grave qu'elles présentent elles-mêmes.

Il serait facile de citer à ce propos plusieurs centaines d'observations, je rappelle seulement quelques exemples nouveaux à ajouter à ceux que j'ai déjà étudiés. Dans bien des familles dont les membres vivent ensemble on trouve la maladie chez le père et chez un ou plusieurs enfants : Cx... est un homme inquiet, dominateur, exigeant, qui traverse des crises de dépression et son fils est déprimé, aboulique et phobique ; Lke... autoritaire, dominateur, ascète, a une fille, obsédée génitale ; Ao..., timide, phobique avec la manie d'être aimé, a une fille anorexique, hypocondriaque, autoritaire. Je trouve des faits analogues dans 15 observations. Très souvent également on observe la maladie chez la mère et chez une fille ou chez plusieurs de ses enfants. C'est ce que l'on constate dans une vingtaine d'observations, en particulier chez Lox..., aboulique, jalouse et obsédée, qui a deux fils abouliques, inquiets, douteurs. Emma est une obsédée amoureuse, photophobique, impulsive, sa mère était une autoritaire persécutée ; Anna qui présente d'une manière si remarquable le sentiment de l'irréel et les obsessions métaphysiques, a une mère autoritaire et jalouse. Vkp... hypocondriaque avec l'obsession de la fatigue, a une mère autoritaire, exigeante, hypocondriaque, qui a passé sa vie à lui faire peur. Neb..., homme de trente-deux

ans, qui présente une obsession si bizarre relative à la défécation, a toujours mené une vie absurde auprès d'une mère aboulique, phobique et autoritaire, « qui ne sait jamais ce qu'elle veut et qui cependant a toujours la prétention de l'imposer aux autres avec des scènes terribles ». J'ai déjà signalé à plusieurs reprises la conduite étrange de Ew..., autoritaire et jalouse jusqu'au délire, qui présente constamment sa fille à des médecins aliénistes pour la faire déclarer folle, parce qu'elle est anorexique et obsédée. Je n'insiste pas sur ces groupes bien connus d'un des parents et d'enfants névropathes.

À côté de ces groupes connus il faut placer d'autres groupes beaucoup plus curieux. On trouve encore la névrose chez un parent et un ou plusieurs enfants, mais il ne s'agit plus de descendance naturelle, car il n'y a plus entre eux qu'une parenté légale. Bnb..., femme de vingt-deux ans, hystérique, anorexique, avec des idées fixes, a perdu sa mère de bonne heure et celle-ci, morte tuberculeuse, n'avait aucune tare nerveuse. Comme son père s'est remarié rapidement, elle a vécu toute sa vie auprès d'une belle-mère qui est une obsédée, avec délire du contact et manies autoritaires. Il en est de même de Cmc..., homme de vingt ans, déprimé, éthéromane, impulsions à des fugues, qui vit auprès d'une femme, mariée à son père en secondes noces, hypocondriaque, gémissieuse, manie de l'amour. Dans la famille Dld..., la jeune fille actuellement malade est la fille d'un père qui était normal, mais, comme sa mère s'est remariée, elle a vécu constamment près d'un homme gravement atteint de « neurasthénie », c'est-à-dire d'obsessions psychasténiques. Plus souvent encore nous voyons à la suite d'un mariage une jeune femme, qui jusque-là semblait normale, vivre avec les parents de son mari et présenter après quelques années une dépression psychologique analogue à celle qui existait chez l'un des beaux parents. Nous voyons ainsi la maladie chez la belle-mère et chez la bru dans cinq observations, chez le beau-père et chez la bru dans deux autres. Il serait facile, je le crois, de constater des observations de ce genre plus nombreuses.

Il me semble plus intéressant d'insister sur un groupe que j'ai particulièrement étudié, celui du mari et de la femme, ou de l'amant et de la maîtresse vivant ensemble depuis plusieurs années et présentant tous les deux à un haut degré une forme de la maladie psychasténique. J'ai recueilli sur ce point 32 observa-

tions tout à fait caractéristiques. Il serait malheureusement beaucoup trop long de les exposer toutes en détails. Dans tous ces cas l'un des conjoints, normal avant la réunion, devient malade après quelques années de cohabitation avec un individu atteint de troubles psychasténiques depuis longtemps. Dans quelques observations, bien entendu, les choses se compliquent encore et il y a en plus du père et de la mère un ou plusieurs enfants qui sont atteints. Chez les Bgl..., le père, la mère et deux filles sont obsédés, chez les Lob..., le père, la mère et une fille sont malades, chez les Wkx..., on trouve la grand-mère maternelle agoraphobe, autoritaire, manies du contact, la mère douteuse, angoissée, maniaque, le père aboulique, hypocondriaque avec des crises de manie lectuaire, refusant de se lever pendant des mois et un fils douteur, manies de l'interrogation et obsessionnés métaphysiques ; dans la famille de Sophie le père, la mère, une fille et un fils sont atteints. Des groupements de ce genre sont plus fréquents qu'on ne le croit et leur étude est particulièrement intéressante.

On explique d'ordinaire la famille névropathique par l'influence de l'hérédité. Cette explication est admissible pour les premiers groupes que je viens de signaler, quand il s'agit d'un des parents et de ses enfants. Même dans ce cas, je ne suis pas convaincu que l'hérédité soit la seule cause qui intervienne : j'ai observé dans quelques cas que des enfants de la même famille, qui par suite de diverses circonstances ont été élevés au dehors, échappent à la maladie. Par exemple dans la famille Wkx..., où la grand-mère, le père, la mère et le fils sont atteints à un degré si grave, il y a une autre enfant, une jeune femme tout à fait indemne, parce qu'elle a eu la chance de se marier de bonne heure et d'échapper ainsi à l'influence du milieu.

Quoi qu'il en soit, cette explication par l'hérédité n'a plus aucune valeur quand nous considérons les autres groupes constitués par un enfant et le père ou la mère par second mariage, par la bru et ses beaux-parents et surtout les groupes intéressants et nombreux où il s'agit du mari et de la femme, de l'amant et de la maîtresse. Nous sommes obligés pour expliquer ces groupements de recourir à d'autres considérations. Il ne me semble pas qu'il y ait lieu de s'arrêter à l'explication par le hasard. Il est peu scientifique et peu vraisemblable d'admettre que si souvent des

maladies du même genre se rencontrent de cette manière, il ne faut se résoudre à cette explication que si nous n'en soupçonnons aucune autre. Je ne m'arrête pas non plus à l'explication banale par l'imitation et la suggestion. Les individus atteints ne sont pas uniquement des hystériques suggestibles, en outre il faut être déjà malade pour être suggestible à ce point : c'est cet état de dépression capable de les rendre suggestibles que l'on n'explique pas du tout. Autrefois à propos de quelques observations beaucoup moins nombreuses, j'ai indiqué une raison intéressante de ces groupements, c'est que les psychasténiques ont du goût pour les individus qui leur ressemblent, qu'ils recherchent chez leurs conjoints la même disposition à la rêverie, au scrupule, à l'idéalisme. Il est probable que cette tendance joue dans quelques cas un certain rôle, mais il doit être assez faible. Ces malades qui s'analysent très bien eux-mêmes, sont souvent incapables de comprendre les caractères des autres, ils n'ont guère de préférence bien active et ils sont unis par les circonstances plus qu'ils ne s'unissent eux-mêmes. Enfin j'ai pu constater dans quelques cas que le conjoint ne présentait pas avant l'union des caractères psychasténiques assez nets pour être appréciés et recherchés. Ces explications ne s'appliquent pas au phénomène dans sa généralité. Il me semble qu'aujourd'hui nos études précédentes nous fournissent une explication plus intéressante.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les circonstances rendant la vie difficile, les conduites compliquées, la fatigue des efforts prolongés étaient des causes fréquentes de la dépression mentale. Nous venons de montrer par l'analyse du caractère social du psychasténique, par l'étude des réactions compliquées que sa conduite nécessite dans son entourage, combien la cohabitation avec un tel malade rendait la vie difficile, fatigante et coûteuse. N'est-il pas possible d'en conclure qu'un grand nombre des cas de dépression observés dans son entourage sont la conséquence de cette fatigue sociale? Les remarques souvent précises que font certains malades sur l'évolution de leur dépression justifient cette interprétation. La plupart se plaignent sans cesse de la fatigue que cause « un neurasthénique sans volonté qu'il faut toujours remonter ». Eke..., femme de trente-huit ans, s'est constituée avec le plus grand dévouement pendant dix ans la garde-malade de son frère, demi fou, aboulique et autoritaire : « Il comptait exclusivement sur moi, il voulait occuper tous mes sentiments, il ne me

permettait pas d'agir, ni de penser en dehors de lui. Il me disait sans cesse : je te forcerai à croire tout ce que je crois, sinon je te tuerai. Il a fini par me pomper, par vivre de ma substance, je sentais en entrant dans sa chambre qu'il me volait ma pensée ». Elle est devenue malade à son tour en présentant une autre forme de dépression. « Mon père, dit Cx..., prend la force des autres sans le savoir. » « Mon amant m'a tellement dominée, gémit Fjj..., femme de quarante ans, qu'il m'a absorbée, il m'a empêchée de sortir, de continuer les travaux qui m'intéressaient et me remontaient, il m'a constamment amoindrie et abaissée... Il me semble qu'il a bien réussi, je ne veux plus rien faire, je ne suis plus bonne à rien, j'ai honte de moi et je ne songe plus qu'à mes angoisses. »

La jalousie surtout de l'un des conjoints transforme tellement la vie de l'autre, qu'elle amène très souvent chez celui-ci des troubles nerveux, c'est ce qu'il est facile de constater dans un grand nombre d'observations. Quelquefois la résistance du sujet sain est assez prolongée : M. Lox... a supporté vaillamment sa femme pendant dix ans, mais « maintenant, dit-il, je ne le peux plus, c'est une tension d'esprit continuelle pour surveiller mes gestes, mes paroles, je n'ai jamais la sensation de liberté, je suis son souffre-douleurs habituel... je suis comme un liquide sursaturé. la moindre allusion à des idées fixes dont elle ne cesse de me parler depuis douze ans me bouleverse et me rend malade ». Gih... homme de cinquante ans, explique bien comment il a fini par succomber : « Voilà des années que je vis avec ma femme agitée, impulsive, incohérente, au milieu des exagérations de toutes espèces et des scènes de jalousie contre moi, contre les enfants, contre tous. Cette pauvre femme était cependant dirigée et en partie contenue par sa mère qui supportait une grande partie de la charge. Quand ma belle-mère est morte, toute la charge est retombée sur moi seul. J'ai eu en même temps le tort de donner ma démission d'une fonction qui m'éloignait un peu de la maison, j'y suis resté davantage et à la fin j'ai succombé à mon tour. » J'ai souvent insisté sur l'observation du ménage Zso..., où le mari autoritaire et jaloux a supprimé à sa femme toute initiative, si bien qu'elle est devenue aboulique avec le sentiment de l'irréel et toutes sortes d'obsessions scrupuleuses : « Je me suis supprimée totalement, dit-elle, j'ai abdiqué ma personnalité, j'ai renoncé à mon bonheur en me figurant chercher

celui de mon mari et voici où cela m'a conduit. Il me semble que je me réfugie dans la maladie parce que je me suis supprimée moralement ».

Quand la maladie s'est étendue à plusieurs membres du groupe, ils remarquent eux-mêmes qu'ils se nuisent les uns aux autres. Rv... se plaint de sa femme « qui n'a pas de conversation, qui refuse de jamais sortir de l'appartement, qui résiste à tout ce que l'on veut faire, qui n'est pas dans la vie et qui souffre de ne pas y être, cela a fini par m'affoler à mon tour », et Mme Rv... gémit sur son mari « qui est d'un égoïsme épouvantable, qui a peur de tout, qui exige qu'on le remonte et qui n'a aucune pitié quand on tombe à son tour ». Mme Dl... dit de son mari : « C'est un noble cœur, mais il est épuisant » et M. Dl... ajoute philosophiquement « qu'il est impossible de décider lequel des deux est le plus autoritaire, le plus jaloux et le plus épuisant pour l'autre ». « Nous allons tous mal quand nous sommes ensemble, me dit une des filles de Byl..., mon père égoïste et froid, incapable d'aucune action, nous isole du monde, ma sœur honteuse d'elle-même et de sa figure fait des scènes tout le temps. Je ne peux plus les supporter ni me supporter moi-même, je ne peux plus m'imposer aucune contrainte, ni faire aucun effort, j'ai peur des chemins de fer, des théâtres, des églises, des voitures, j'ai peur de tout et je communique mes craintes aux autres. »

Faut-il employer le mot « contagion » pour désigner cette influence et faut-il parler d'une contagion des névroses ? Cette question est controversée et on peut soutenir que le mot « contagion » a un autre sens. Comme M. G. Dumas l'a bien montré ce mot suppose une action directe du malade sur les autres personnes quand il leur apporte un poison ou un microbe spécial ou même quand il exerce sur elles une influence directement suggestive. Or ici il ne s'agit pas de transmission de microbes et la suggestion proprement dite ou même l'imitation ne jouent un rôle que tout à fait exceptionnellement. Il s'agit d'une influence indirecte du malade, qui par sa présence rend la vie sociale plus difficile et plus coûteuse et c'est cette augmentation de dépenses qui détermine chez les autres un épuisement et un abaissement de la tension psychologique. Que l'on emploie ou non pour ces cas le mot de « contagion », je ne veux retenir qu'une seule chose, c'est que la cohabitation avec certaines personnes déterminées est

une condition qui fréquemment détermine et entretient les névroses.

Ces réflexions, pourra-t-on dire, n'ont pas une grande importance pour le traitement des maladies nerveuses, car il s'agit là de cas assez exceptionnels. Il s'agit de groupes dans lesquels se trouve déjà un véritable malade qualifié de névropathe ou de psychasténique. On sait très bien qu'un malade et surtout un névropathe ou un aliéné trouble le milieu dans lequel il se trouve. Or de tels malades ne sont pas fréquents, ils ne se trouvent pas dans toutes les familles et ne peuvent pas avoir une grande influence sur le développement des troubles nerveux.

Il y a là un malentendu assez fréquent quand on parle des troubles de l'esprit. Pour le public ces troubles constituent presque exclusivement l'aliénation mentale qui doit être complète ou qui n'existe pas : « Puisque vous dites vous-même que je ne suis pas fou, c'est que j'ai tout mon bon sens ». Éliminons d'abord ces termes dont le sens est tout conventionnel. Les mots « folie, aliénation » sont des termes de police et non des termes médicaux : ils signifient simplement que par suite de diverses circonstances, l'individu est devenu dangereux pour lui-même ou pour les autres. Les mêmes troubles mentaux chez un individu entouré, surveillé, ou simplement riche ne déterminent pas les mêmes dangers que chez un individu isolé ou pauvre, et le mot « folie » a un sens tout relatif. Indépendamment de la folie proprement dite, on est disposé à croire que les maladies mentales constituent des calamités terribles, absolument irrémédiables, qui frappent certains individus d'une manière très nette et définitive, mais heureusement exceptionnelle. Le public conserve sur ce point des idées analogues à celles qu'il avait autrefois à propos de la tuberculose, qui n'était connue que sous la forme de phtisie terrible, mais exceptionnelle. On a fini par comprendre qu'il y avait des tuberculoses légères, curables mais énormément répandues. Il en sera de même pour les troubles mentaux : on reconnaîtra un jour que, sous des formes diverses plus ou moins atténuées, ils existent aujourd'hui de tous les côtés chez une foule d'individus que l'on n'a pas l'habitude de considérer comme des malades.

Ce diagnostic de « névropathe » dépend en effet lui aussi d'une foule de circonstances extérieures. Une personne, jeune, soumise au contrôle de parents qui l'observent et qui la conduisent mal-

gré elle chez le médecin, sera reconnue comme névropathe bien avant une personne adulte et maîtresse d'elle-même, qui ne consent pas à consulter un neurologue. Les troubles qui donnent naissance à des souffrances sont ceux qui amènent le plus facilement les sujets chez le médecin. Mais jamais la souffrance n'a été la mesure de la gravité d'une maladie et d'ailleurs, assez souvent dans les névroses, la souffrance prend des formes peu reconnaissables ou bien est masquée par des excitations particulières, comme cela arrive chez les autoritaires. Il en résulte que bien souvent les troubles ne sont pas reconnus comme névropathiques ; le public, ou bien ne le voit pas, ou bien les range parmi les bizarreries de caractère. L'avare, le misanthrope, le tartuffe sont décrits par le littérateur avant d'être réclamés par le médecin. Un grand nombre des caractères que je viens de décrire se rattachent à un type populaire bien connu, celui de « la belle-mère ». Il faudra encore bien du temps pour faire comprendre que ce type n'est pas forcément celui d'une femme qui a marié sa fille, mais que c'est le type d'une femme déprimée vers la cinquantaine, aboulique, mécontente d'elle-même et des autres, autoritaire et jalouse parce qu'elle souffre de la manie d'être aimée et qu'elle est incapable d'acquiescer l'affection de personne. Dans un grand nombre des observations précédentes, le diagnostic d'un des membres de la famille était loin d'être officiellement reconnu. On étonnerait beaucoup plusieurs de ces femmes, si on leur disait que je les considère comme aussi malades que leurs filles. Les personnes qui les connaissent les considèrent comme des bizarres et des méchantes, mais ne songent pas à en faire des malades.

Il en résulte que les individus présentant tous les troubles que nous venons de passer en revue, les altérations de la volonté et de la croyance, les aboulics sociales qui déterminent toutes les variétés de la timidité, les manies d'aimer et d'être aimé, et les innombrables formes de l'autoritarisme sont extrêmement nombreux dans la société. Peu importe qu'ils soient ou non reconnus comme des malades. Ils modifient profondément par leur présence et leurs exigences la conduite de toutes les personnes qui les entourent. Ils transforment toutes leurs actions simples en actions compliquées, ils les forcent à maintenir un degré élevé de tension psychologique qui ne serait pas du tout nécessaire s'ils n'étaient pas présents. Par là ils amènent leur entourage à dépenser con-

stamment beaucoup plus de forces et si ces personnes n'ont pas à leur disposition de grandes ressources, ils les surmènent et les ruinent complètement. La présence de ces individus détermine donc autour d'eux des dépressions mentales, elle crée de nouveaux névropathes qui à leur tour pourront amener chez d'autres la même maladie. Il est nécessaire de tenir compte de cette influence du milieu social, de cette forme de contagion mentale dans le traitement de la plupart des névropathes.

D'ailleurs je n'ai pris ce fait de la présence d'un névropathe dans un milieu social, que comme un exemple pour arriver à la conception du milieu social fatigant, moralement malsain. Il est évident que maintenant on peut élargir cette conception. Il n'est pas précisément nécessaire qu'un individu soit un névropathe pour que sa présence complique un milieu social de cette manière et l'on peut facilement énumérer d'autres exemples du même fait. L'introduction d'un individu nouveau mal assimilé dans un groupe ancien, le complique étrangement et devient une cause d'épuisement pour les membres du groupe. Une femme a trouvé tout simple étant veuve elle-même et vivant avec ses deux filles, de demander à sa sœur dont le mari venait de mourir, de venir habiter avec elles : elle ne peut pas comprendre que la présence de cette dame trouble énormément une de ses filles. Mme By... a pris chez elle de la même façon son frère qui avait lui-même un fils. Il y a là une complication nouvelle à cause de la très grande différence de fortune des deux groupes : cette différence de situation a rendu la cohabitation plus difficile et a joué un rôle dans la névrose du fils de By... Dans plusieurs observations, un homme veuf qui vit avec ses enfants essaye d'introduire plus ou moins complètement sa maîtresse dans le groupe et cela devient la cause de la dépression et de la névrose pour ses enfants, en particulier pour ses filles.

Souvent dès le début le groupe a été mal constitué, d'une façon trop complexe. Deux jumelles ont exigé que les deux ménages habitassent toujours ensemble, ce qui a amené d'inextricables difficultés, car elles voulaient une égalité absolue qui n'est pas de ce monde. Les difficultés de cette situation ont été pour beaucoup dans la grande maladie nerveuse qui a surtout atteint l'une d'elles. Dans beaucoup d'autres cas, on exige qu'un ou plusieurs des parents habitent avec le jeune ménage, ce qui est toujours une imprudence grave. Il est inutile d'énumérer de nombreux ménages

perdus par la présence de la belle-mère, ce sont des faits classiques. Wkw..., femme de trente ans, se préoccupe dès le début de son beau-père : elle veut gagner ses bonnes grâces et avoir une conduite parfaite avec lui, c'est-à-dire que, dès le début du ménage, elle entreprend de s'adapter non seulement au mari, mais encore au beau-père, ce qui est peut-être beaucoup de travail pour elle. Aussi ne tarde-t-elle pas à s'apercevoir que le beau-père ne l'estime pas à sa valeur et qu'il garde une préférence pour sa propre fille, de là viennent des jalousies, des efforts de séduction, des insuccès, et des regrets de tous les sacrifices qu'elle croit avoir faits. En un mot, l'adaptation devient de plus en plus difficile, les efforts amènent l'épuisement et la dépression et la malade s'interroge sans cesse pour savoir si elle doit souhaiter la mort du beau-père ou faire des prières pour qu'il vive indéfiniment.

Une grande différence d'éducation ou de caractère entre les membres du groupe augmente la difficulté et peut amener des troubles. Quand l'un des époux est supérieur à l'autre en quelque point, ce qui est presque inévitable, il faut chez l'un une certaine condescendance et peut-être un certain abaissement et chez l'autre un effort d'ascension pour que l'équilibre se rétablisse, ou bien il faut que la différence soit acceptée par tous les deux et qu'une certaine hiérarchie s'organise. C'est là ce qui se passe chez les individus bien portants, on sait trop que cette organisation ne réussit pas toujours. Si celui des deux époux qui est inférieur en quelque point est en même temps un insuffisant de la volonté, il s'épuise en efforts pour se relever, il n'accepte pas la supériorité et se rend malade. Inversement une femme comme Pz... prendra une obsession de haine contre son mari, parce que il est réellement moins instruit et moins cultivé qu'elle ne l'est elle-même. Une jeune femme, Lydia, quitte une famille riche, élégante, instruite, pour entrer par son mariage dans une famille beaucoup plus simple et de moindre éducation. Elle souffre de tout, « des repas, du langage, de la tenue, des Messieurs qui font du bruit en frappant les portes, en jouant brutalement aux cartes, des lectures ridicules de ces gens qui connaissent seulement les journaux illustrés : Oh ! la différence de caractères... Ce ne sont pas les catastrophes, ce sont les coups d'épingle qui vous épuisent. Il a fallu que je renonce à tout : toilettes, fêtes, anniversaires, cadeaux, bals, tous les plaisirs de ma jeunesse, tout a

disparu. On nous adulait, on nous envoyait des fleurs dès que nous arrivions quelque part, les jeunes gens se disputaient pour nous faire la cour, puis plus rien. Personne ici ne se conduit de la même manière qu'autrefois. il faudrait m'adapter à un genre de vie tout différent... je le veux bien, mais jusqu'ici je n'ai pas pu ».

Il suffit qu'il y ait dans un groupe social deux personnes qui ne s'accordent pas et qui sont en lutte perpétuelle pour rendre aux autres membres du groupe la vie très difficile : V.Kf... femme de vingt et un ans, est épuisée « par des querelles dramatiques entre son père et sa grand'mère et par la fatigue des réconciliations perpétuelles ». Plusieurs jeunes gens tombent malades à cause du divorce de leurs parents et de la situation fautive dans laquelle ce divorce les place. Il est impossible d'insister sans entrer dans l'étude de la pathologie des groupes et de son rapport avec la pathologie des individus. Il suffit de rappeler que dans tous ces cas on pourrait répéter l'analyse que nous venons de faire à propos de la présence d'un névropathe dans une famille : en effet, dans tous ces cas la conduite sociale s'est compliquée dans le groupe et elle est devenue épuisante pour ceux de ses membres qui ne présentaient pas des ressources suffisantes. Il est nécessaire de tenir compte de cette notion dans le traitement des névropathes.

8. — LE REPOS SOCIAL PAR L'ISOLEMENT.

Ces études sur les groupes névropathiques ne nous instruisent pas seulement sur la pathogénie de certains épuisements : ils nous fournissent encore des observations intéressantes sur la thérapeutique de ces mêmes maladies. Après avoir étudié les membres du groupe qui deviennent malades, il est bon d'examiner ceux qui restent bien portants et de rechercher comment ils ont échappé à la contagion.

Certains d'entre eux avaient probablement en eux une force de résistance considérable et ils n'ont pas été ruinés par les exigences du milieu ou bien, comme nous le verrons plus tard, ils ont trouvé le moyen de se procurer ailleurs des ressources importantes. Mais quelques-uns de ces individus indemnes nous semblent avoir utilisé d'autres procédés. On a souvent remarqué que certains membres de la famille névropathique échappent à

la maladie quand par suite de diverses circonstances ils sont élevés au dehors, ou sortent rapidement du milieu dangereux. Il en est ainsi du frère de Jean élevé en dehors de la famille et indemne et d'une dizaine d'autres que je pourrais citer. J'ai déjà rappelé l'exemple de Mlle Wkx., seule bien portante dans une famille où sa grand-mère, son père, sa mère, son frère sont si gravement atteints. J'attribue le fait à ce qu'elle a été peu de temps dans sa famille et qu'elle en est sortie de bonne heure par un heureux mariage. Cinq autres de mes observations sont du même genre. L'observation de Ey., jeune femme de 35 ans, est un peu différente car il s'agit d'une personne déjà atteinte gravement et qui a guéri en sortant du milieu. Nous avons vu que dans sa famille, le père, la mère et une sœur sont de grands malades, le père surtout rend la vie autour de lui très difficile. Ey. a été atteinte de bonne heure comme sa sœur : elle a présenté une foule de troubles digestifs, une entérite chronique, un état mental des plus caractéristiques, avec obsessions hypochondriaques, obsession de la mort, obsession d'indépendance, tentatives de fugue, etc., et aucun traitement n'a eu de résultats satisfaisants. A l'âge de 26 ans cette jeune fille réussit à se marier et son mariage l'entraîna loin de la ville où habitait sa famille. En six mois son état physique et moral était fortement amélioré et au bout d'un an il était redevenu normal. Faut-il rapporter ce changement au mariage et à l'exercice des fonctions génitales ? C'est fort douteux, si l'on songe au grand nombre de jeunes femmes du même genre que le mariage a rendues plus malades. N'est-il pas probable, comme le pensent bien des personnes qui la connaissent, que le mariage l'a guérie en l'éloignant de la famille et en la débarrassant de son père. On peut faire la même observation sur Neb., jeune homme de 32 ans, qui avait déjà des fonctions génitales normales, et que le mariage guérit de sa dépression et de ses phobies parce qu'il l'éloigna « d'une maison aussi triste et de sa mère ». Px., femme de 37 ans, dont les obsessions de persécution étaient sur le point de se transformer en délire, se guérit en quittant sa mère et sa sœur et en se décidant à vivre seule. Cxc., homme de 30 ans, a eu, pendant qu'il habitait avec sa famille, plusieurs crises de dépression, dont l'une a été particulièrement grave et a nécessité un internement momentané. Il a pris une résolution qui semble bien singulière : non seulement il a quitté sa famille, mais il a été vivre

à l'étranger : « Je vis plus calme dans un pays étranger, je puis m'isoler, je connais peu de monde, et je ne risque pas de rencontrer des personnes de connaissance... Le monde m'épuise et il m'a semblé plus sage de tenir le monde loin de moi. » En fait il mène ainsi depuis six ans une vie bizarre sans doute et retirée, mais raisonnable et sans rechutes sérieuses. Des cas de ce genre pourraient être facilement multipliés.

Au sein même de la famille nous voyons des individus qui arrivent à s'isoler et à se préserver de la contagion. M. Ar., le mari de cette grande hypocondriaque qui « depuis vingt ans reste les bras ballants sans faire autre chose que gémir sur tous ses organes les uns après les autres » vient me voir pour justifier sa conduite : « D'après les paroles de ma femme, dit-il, vous avez dû me juger très égoïste et très froid, car elle se plaint de moi constamment et répète que son mari ne la voit plus qu'en cérémonie. J'ai essayé au début de notre mariage d'avoir pour elle les soins, les égards, la compassion tendre qu'elle réclamait perpétuellement. J'ai vite senti que ces efforts continuels ne pouvaient pas lui faire grand bien, mais qu'ils ne tarderaient pas à me perdre moi-même complètement. J'ai besoin de gagner notre vie et d'élever nos trois enfants : il serait déplorable pour tous que je devienne fou à mon tour et je le deviendrai rapidement si je cédaux exigences de ma pauvre femme. Aussi j'ai changé de conduite, je quitte la maison le matin et je n'y rentre que le soir, je refuse absolument quand je rentre de parler jamais des obsessions de ma femme ou des troubles prétendus de sa santé et depuis quinze ans je ne lui ai pas demandé une fois comment elle se portait. Tous les ans je m'absente de la maison pendant deux mois pour prendre un repos moral indispensable. Je ne crois pas que cette conduite ait rendu ma femme plus malade, bien au contraire, et par elle j'ai réussi à me conserver moi-même bien portant. Pensez-vous que j'aie eu tort ? » Dans plusieurs autres familles je constate un fils ou une fille qui ont adopté une conduite analogue et qui s'en trouvent bien.

Les enfants de Rv. sont plus calmes, cessent leurs ties et leurs manies quand le père est absent et quand ils sont seuls avec la mère. Sw., femme de 50 ans, a eu plusieurs crises de dépression qui ont toutes commencé à la suite d'un séjour de quelques semaines auprès de sa mère, obsédée hypocondriaque, et qui ont guéri quand elle est partie de la maison. Tx., femme de 40 ans,

a besoin de quitter son mari pendant quelques mois tous les ans sinon elle tombe malade : « Mon estomac ne se rétablit que si je cesse de soigner mon mari pendant quelque temps. » Quelquefois ce besoin de partir détermine de véritables fugues : « Ua., femme de 40 ans, a vécu quinze ans près d'un mari qui a des obsessions de jalousie et qui lui a fait une vie absurde, elle est déprimée à son tour, affolée et fait une fugue hystérique de douze jours suivie de l'amnésie la plus complète. Wkx., homme de 29 ans, sent aussi ce besoin de sortir d'un milieu fatigant : « On peut à la rigueur, dit-il, vivre avec ma grand-mère, mais c'est difficile et cela demande bien de l'attention et de la souplesse. Mon père n'a jamais réussi, il ne surveille pas assez ses paroles, il ne la remercie pas assez, il ne la flatte pas assez : aussi ce sont continuellement des scènes épouvantables. Ce milieu est trop triste et trop épuisant, il a rendu malades mon père et ma mère, et moi je ne peux plus le supporter. Je sais mieux que mon père user de diplomatie, mais cela me fatigue trop et quand je commence à sentir que tout dans l'univers devient irréel, que je suis en marge de la vie, il est nécessaire que je m'éloigne pour quelque temps. »

Nous avons déjà remarqué dans un chapitre précédent que les phobies des névropathes sont quelquefois des indications à propos de précautions nécessaires. Or il est évident que chez un grand nombre se développent des timidités et des phobies sociales tout à fait caractéristiques. A mesure que la dépression augmente, ils manifestent de plus en plus la crainte de vivre avec ceux qui les entourent et expriment le désir de s'isoler, ils arrivent presque tous à formuler le rêve de « l'île déserte ». Il y a là évidemment une manifestation malade, une exagération de l'aboulie sociale, mais il y a là aussi une indication sur l'épuisement que leur cause la société et surtout une certaine société.

Les thérapeutiques par l'isolement essayent de répondre à ces indications. Si l'isolement pouvait être complet, si le malade pouvait vivre dans l'île déserte qu'il réclame, il y aurait là un changement merveilleux de sa vie qui supprimerait d'un seul coup plus des trois quarts des dépenses psychologiques. Le malade délivré de toutes les personnes qui l'environnent n'aurait plus aucune des charges de la famille, de la profession, aucune des obligations de la politesse mondaine, il serait délivré des affaires,

des engagements, des mille riens qui compliquent notre conduite dans le milieu social. Les fonctions sociales sont les plus importantes, mais aussi les plus difficiles et les plus coûteuses de toutes et la vie dans une île déserte permettrait rapidement les plus grandes économies. C'est là un point de vue particulièrement important pour apprécier les effets de l'isolement qui se présente alors avant tout comme une forme de la cure de repos, comme un moyen d'obtenir le repos psychologique bien plus efficace que le séjour immobile dans un lit.

L'isolement dans une maison de santé ne réalise pas ce rêve : le malade est encore entouré par des êtres humains, quand ce ne serait que les autres malades, les gardes, les domestiques, les médecins, mais il n'a pas d'obligations vis-à-vis des autres malades et il n'a pas à se préoccuper de leurs troubles pour réagir d'une façon particulière comme il fallait le faire dans la famille. Les gardes et les médecins ne se placent pas vis-à-vis de lui dans les conditions normales d'égalité et de lutte : ils s'adaptent à lui et ne lui demandent pas de s'adapter à eux. Le bénéfice de l'observation scientifique ou le bénéfice du salaire leur suffit et ils ne veulent rien tirer de plus du malade. Ils lui fournissent toute assistance sociale sans lui demander aucune aide réelle ni aucun échange d'affection et de réconfort. S'il fait abstraction du prix qu'il paye ou que l'on paye pour lui, c'est dans l'asile qu'il peut se sentir aimé pour lui-même.

Ce changement de milieu, cette installation du malade dans un hôpital ou dans une maison de santé, où il vit séparé de sa famille, de son milieu ordinaire est certainement un des procédés thérapeutiques qui ont la meilleure influence sur les états névropathiques, au moins quand ils ne sont pas trop anciens. On peut placer dans un premier groupe les observations où la guérison, constatée pendant un an après la sortie du malade, est obtenue facilement par un repos social de ce genre prolongé pendant quelques mois.

Si on considère le groupe des névroses hystériques chez des individus jeunes au-dessous de 25 ans par exemple, je constate dans mes notes un nombre considérable de guérisons obtenues dans ces conditions. Voici 42 cas de ce genre, comprenant des troubles du mouvement de toutes espèces, des idées fixes, des refus d'aliments et surtout des attaques délirantes d'hystérie, chez des jeunes femmes. Dans la plupart de ces cas la guérison

a été obtenue en deux ou trois mois de séjour à l'hôpital, dans deux cas seulement en cinq mois. Plusieurs de ces malades qui avaient chez elles des crises délirantes de douze heures tous les huit jours n'ont plus présenté un seul accident dès qu'elles étaient à l'hôpital. Lm., jeune fille de 18 ans, présentait depuis la mort de sa mère survenue un an auparavant de grands somnambulismes à peu près toutes les nuits : il m'a été impossible d'en observer un seul, car elle ne les a jamais recommencés à l'hôpital : il en a été de même dans sept cas. Dans les autres observations les accidents ont persisté au début plus ou moins graves, mais ils n'ont pas tardé à diminuer et à disparaître dans ce milieu nouveau, et le traitement qui se montrait si efficace consistait simplement à empêcher les malades de retourner chez leurs parents et même le plus souvent de les voir. L'influence thérapeutique est évidemment indiscutable et on comprend le développement des sanatoriums pour les maladies de ce genre.

L'action des traitements par l'isolement semble moins forte si on considère les troubles psychasténiques. Les cas heureux et nets sont plus rares, la plupart de mes malades ont dû faire à l'hôpital des séjours plus prolongés, ils ont été en même temps soumis à d'autres traitements et la plupart de ceux qui ont présenté des améliorations notables simplement après quelques mois d'isolement ont eu des rechutes plus ou moins graves avant que l'année ne fût écoulée. Je constate cependant une douzaine de cas également chez des malades jeunes dans lesquels des accidents psychasténiques sérieux, tics, manies mentales, obsessions se présentant par crises ont guéri en quelques mois sans autre traitement que l'isolement et n'ont réapparu que plusieurs années après. Kn., jeune fille de 19 ans, tics, cris aigus, manie des interrogations, phobies diverses, n'a été l'objet d'aucun autre traitement et est sortie vraiment bien rétablie après quatre mois d'isolement. Elle n'a eu une rechute sérieuse qu'à 22 ans et cette rechute a été guérie de la même manière en cinq mois. Il en est de même pour Jj., cette jeune fille de 19 ans qui avait le tic singulier de s'arracher les cheveux un à un et de les manger, tic se rattachant bien entendu à toutes sortes de manies mentales : elle guérit en quelques mois par l'isolement et n'est retombée que dix-huit mois après. X., femme de 24 ans, grande crise de scrupules, manie du lavage des mains, etc., s'est réta-

blic en cinq mois par l'isolement et n'est pas retombée gravement depuis plusieurs années.

Chez des malades plus âgés, l'effet de l'isolement ainsi compris me paraît avoir été moins net et je ne lui attribue la guérison que d'un petit nombre de cas. Emma, psychasténique typique, que j'ai soignée dans plusieurs crises graves, a présenté à 26 ans une nouvelle crise d'obsessions accompagnée de photophobie ; comme elle se troublait et s'agitait davantage chez elle je l'ai placée dans une maison de santé où par le simple effet de l'isolement elle a guéri en six mois. « Je suis, disait-elle en sortant, si calme et si pondérée que je ne me reconnais plus. » On peut ajouter une douzaine de cas semblables. Si dans mes observations de tels cas ne sont pas plus nombreux c'est que le plus souvent je préfère soumettre ces malades à d'autres traitements et que, s'ils ont été isolés en même temps, je me fais scrupule de rattacher leur guérison à l'isolement.

Dans les crises plus graves de délire psychasténique ou le malade, comme on le sait, perd toute critique de ses obsessions et se laisse aller à toutes les impulsions, le traitement par l'isolement, même dans des maisons d'aliénés s'impose absolument, il est le complément indispensable de toute autre thérapeutique. C'est une précaution nécessaire pour protéger le malade contre lui-même et pour lui faire accepter des traitements. Il est bon de savoir que malgré leur gravité apparente ces crises guérissent le plus souvent. Au milieu du délire en apparence le plus complet on observe que le malade se reprend de temps en temps, qu'il a des lucurs d'intelligence complète pendant lesquelles il se rend compte de son absurdité et exprime les sentiments d'incomplétude que l'on note d'ordinaire chez les psychasténiques. Ce sont là des signes importants montrant que la confusion n'est pas complète et permettant de distinguer cet état des démences psychasténiques où la chute de la tension psychologique tombe beaucoup plus bas et dont le pronostic est plus mauvais. J'ai vu guérir ainsi des crises graves de délire psychasténique. P_g, femme de 25 ans, toujours timide, inquiète et scrupuleuse, avait été séduite à l'âge de 16 ans et s'était dévouée à l'éducation de son enfant. Elle a déjà eu plusieurs fois des crises d'obsessions scrupuleuses à propos de cet enfant et des craintes folles qu'on ne le lui enlève. A la suite d'émotions et de fatigues elle exagère ces craintes que d'ordinaire elle traitait elle-même de ridicules, elle se dit pour

suivie par des apaches qui veulent lui ravir son enfant, elle veut se martyriser, s'impose des supplices à elle-même parce qu'elle n'a pas assez gardé son enfant, elle refuse les aliments, etc. Isolée de son enfant et de sa famille, elle a guéri complètement en trois mois. Il est vrai que la pauvre femme est retombée gravement malade mais seulement après plusieurs années. Sophie a été enfermée deux fois pendant plusieurs mois et cela seul a pu calmer l'agitation délirante qui s'était surajoutée à ses obsessions. Il en a été de même de Fq., homme de 24 ans, qui présentait une crise très grave de délire psychasténique et qui s'est rétabli suffisamment en 18 mois pour rentrer au moins en partie dans la vie commune. Émile a dû être enfermé pendant un an et cette vie isolée a permis de diminuer ses phobies sociales et le délire psychasténique qui s'était développé sur la crainte d'être vu, d'être deviné. Cp., femme de 34 ans, se sent plus calme dans une de ces maisons de santé : « Si ce n'était horriblement égoïste, je vous avouerais que cela repose vraiment d'être seule du matin au soir, de n'avoir plus aucune responsabilité, ni personne à diriger, de vivre seule sans rendre compte de ses actes à qui que ce soit. » Vkp., femme de 37 ans, épuisée par la cohabitation avec une mère autoritaire et par une vie trop compliquée pour elle a dû passer un an dans une maison de santé où elle s'est rétablie grâce à l'isolement complet et elle a pu ensuite organiser sa vie de manière à éviter ces dépressions graves qui nécessitaient l'internement. On sait également que les crises de confusion mentale, de manie et de mélancolie doivent presque toujours être traitées dans des maisons d'isolement et qu'elles y guérissent souvent. Il ne serait pas difficile d'énumérer de nombreux cas de guérisons de ce genre.

Dans un autre groupe d'observations il faudrait placer les cas beaucoup moins heureux où l'on ne peut pas parler de guérison puisque le malade retombe dès qu'il essaye de rentrer dans la vie sociale et puisqu'il doit passer de longues années dans ce milieu social artificiel. Même dans ces cas on peut apprécier les effets de cette simplification de la vie. Des individus en état de démence plus ou moins avancée, quand ils sont placés dans ces asiles, ne sont pas seulement protégés contre eux-mêmes mais encore retrouvent une conduite plus correcte. Des malades atteints de cette « démence précoce » qui n'est souvent qu'une profonde démence psychasténique sont agités et violents dans le milieu

complexe de la famille. Ils deviennent tranquilles dans le milieu très simplifié de l'asile où ils arrivent même à exécuter correctement un petit nombre d'actions qu'ils ne savaient plus faire chez eux.

Ces constatations cependant ne suppriment pas totalement les critiques qui ont été adressées aux asiles et aux maisons de santé. Cette suppression complète ou à peu près complète de la vie sociale réduit l'esprit dans des proportions énormes. Il ne faut accepter définitivement un tel sacrifice que s'il est indispensable. Sans doute il y a des malades dont la force psychologique est si réduite qu'ils ne peuvent vivre que dans un tel milieu, artificiel et restreint. Mais ce n'est pas vrai de la majorité des malades qui sont psychologiquement des pauvres, mais qui ne sont pas complètement dans la misère. Pour eux le séjour à l'asile doit être aussi bref que possible, comme le séjour au lit pour les fatigués, et il faut, autant que faire se peut, les placer dans d'autres milieux un peu plus rapprochés de la réalité.

Évidemment il serait à souhaiter que ce nouveau milieu où l'on transporte le malade soit peu artificiel tout en étant simplifié. Les essais qui ont été faits à Gheel en Belgique, à Dun-sur-Auron, à Aunay-le-Château en France pour placer des malades dans des familles à la campagne sont des plus intéressants. Malheureusement il s'agit plutôt dans ces tentatives de malades aliénés et déments que l'on se borne à garder. Ces traitements devraient être davantage organisés pour des névropathes curables « qu'il faudrait, comme disait Munsterberg, transporter loin du bruit de la cité et du tourbillon des affaires, loin des téléphones et des tramways¹ », et j'ajouterais loin de leur famille, de leurs amis et de leurs ennemis. J'ai essayé sept fois d'organiser des placements de ce genre soit dans des familles, soit dans des appartements organisés spécialement à cet effet et j'ai pu réussir quatre fois d'une manière intéressante. Nadia en particulier, sans être placée dans une maison de santé, tout en restant plus ou moins libre dans un appartement a été complètement séparée de sa famille et a vécu pendant des années dans un milieu artificiel que j'avais organisé pour elle : « Je ne suis plus en colère, disait-elle, parce que je n'en ai plus l'occasion, je ne vois plus les personnes que

1. Munsterberg *Psychiatropie*, p. 190.

je voyais autrefois, je n'entends plus aller et venir autour de moi, ni lire, ni parler, ni s'amuser, tandis que moi je ne pouvais rien faire comme les autres. Cela m'irritait de me sentir méprisée, taquinée par des gens qui ne me comprenaient pas. Je ne suis pas faite pour vivre avec les autres personnes, tout en elles me gêne et m'ennuie, je suis tellement différente d'eux tous. » Ce traitement a fort bien réussi et la malade a pu après trois ans reprendre une vie plus complexe et plus libre. Mais je reconnais qu'aujourd'hui de telles organisations sont très coûteuses et difficiles à réaliser.

Les couvents d'autrefois fournissaient à ces malades les retraites qui leur convenaient : s'il est possible qu'ils aient autrefois créé des cas d'aliénation, ils en ont empêché ou guéri beaucoup d'autres qui se seraient développés dans la vie au grand air. Pour beaucoup d'individus, comme disait très bien M. de Fleury¹, la disparition des couvents a été un désastre. Je connais également nombre d'individus, comme Sophie, qui échapperaient complètement aux troubles mentaux, s'ils pouvaient passer leur vie dans un couvent. M. de Fleury croit « que le prochain siècle verra se développer des couvents laïques qui serviront à nos successeurs d'asiles temporaires où refaire leurs forces, calmer leurs nerfs, retremper leur volonté pour les luttes de l'an qui vient. » M. Grasset conseille de prescrire aux prédisposés pour un certain temps une sorte de retraite comme à l'entrée de la vie religieuse dans des établissements spéciaux pour les remettre en forme². C'est aussi ce que réclame d'une manière intéressante M. Ossip Lourié dans son étude sur les troubles de la parole : « Le seul traitement de la verbo-manie, c'est l'isolement... A notre époque de neurasthénie générale tout pays civilisé devrait posséder des couvents laïques où les représentants des moteurs nerveux de la société puissent se reposer intellectuellement et se ressaisir en s'exerçant à un travail manuel³. » En attendant que de tels établissements soient réalisés il faut se borner à conseiller aux malades de se réfugier dans les campagnes isolées quand cela est possible, de rechercher dans les villes les groupements, les pro-

1. De Fleury, *Introduction à la médecine de l'esprit*, 1897, p. 173 (F. Alcan).

2. Grasset, La défense sociale contre les maladies nerveuses, *Revue des Idées*, 1906.

3. Ossip Lourié, *Le langage et la verbotanie*, 1912, p. 356 (F. Alcan).

fessions qui imposent une vie régulière et simple analogue à celle des couvents.

A toutes ces personnes et particulièrement à celles qui sont obligées de rester dans leur famille il m'a semblé bon de recommander de temps en temps la solitude. Il ne faut pas croire que l'homme et surtout l'homme épuisé ait constamment besoin d'être surveillé, soigné, distrait par des amis qui l'environnent : rien n'est aussi reposant, ne procure autant de détente et de vraie distraction que quelques heures de solitude. « *Solitudo alit ingenium* », disait l'Écriture. Zoé, femme de 30 ans, a bien compris qu'elle « cesse ses accrochages, qu'elle se remet en route » si elle se retire seule pendant quelque temps : elle sent maintenant qu'elle a besoin de quelques heures de solitude chaque jour pour être normale avec les autres le reste du temps. Tx., homme de 45 ans, quand il a été épuisé par une marche, par une conversation ne se reprend. « n'évite le noir » que s'il peut être tout à fait seul : « Ma tête est un vase trop plein, celui qui y verse une goutte la met toujours en trop et fait déborder, il me faut rester seul dans ma chambre sans qu'il y ait personne. » Uw., homme de 47 ans, voit ses idées de persécution se dissoudre et « retourne au système de la bienveillance si on le laisse seul quelque temps pour qu'il puisse se reprendre. » « Il me faut, dit Nebo., homme de 40 ans, de la vraie solitude pendant un jour ou deux quand je sens venir le vide dans la tête, c'est le meilleur remède. » Il ne faut pas oublier ce remède si simple dont on peut user plus souvent qu'on ne le croit.

Mais il est encore plus important de chercher à simplifier la vie familiale des faibles, leur vie sociale de tous les jours dans leur milieu habituel. J'ai essayé de montrer que les névropathes ou les candidats à la névrose s'usent dans leurs rapports journaliers avec leurs proches, soit que ceux-ci plus actifs les entraînent dans une vie trop mondaine, trop compliquée pour leurs faibles forces, soit qu'ils présentent des caractères plus ou moins difficiles et coûteux. M. Morton Prince montrait autrefois que le traitement par l'isolement consiste justement à retirer les malades de leur maison, à les séparer des membres de leur famille¹. Il me semble utile de préciser en disant qu'il n'est pas indispen-

1. Morton Prince, *Educational treatment of neurasthenia*. 1888.

sable de les séparer de tous les membres de leur famille, mais qu'il faut discerner et qu'il faut plus ou moins définitivement les séparer de telle ou telle personne particulièrement dangereuse pour eux.

Il est souvent très important de simplifier le groupe en conseillant à certaines personnes de se retirer. L'expérience populaire a déjà établi qu'il est difficile et dangereux de faire vivre des parents au milieu du ménage de leurs enfants. Cela devient tout à fait impraticable quand il y a dans la famille une personne plus ou moins entachée de psychasténie. Mt., femme de 41 ans, était affolée par la présence de sa belle-mère auprès d'elle, les deux femmes vivent toutes deux beaucoup plus heureuses quand elles ont été séparées. La famille Wkx. est plus calme après le départ de la belle-mère, mais les troubles névropathiques sont trop accentués pour disparaître complètement. Sz., femme de 48 ans, qui a déjà eu autrefois des crises sérieuses de dépression et qui a présenté en particulier pendant des mois une phobie singulière, la phobie du vent, était rétablie depuis plusieurs années. Sa fille après son mariage a continué à habiter auprès d'elle avec son mari : cela a déterminé une rechute grave avec doutes, regrets d'avoir consenti au mariage, interrogations sur l'affection de la fille, etc. L'amélioration s'est faite en quelques semaines après l'éloignement du jeune ménage. Cf., femme de 52 ans, qui n'a jamais eu aucune énergie, ne peut évidemment pas vivre avec ses enfants mariés qui exigent de l'activité, des réceptions et du luxe. Elle souffre d'insomnies, de continuels maux de tête, d'obsessions hypocondriaques par incapacité de se prêter à une vie si compliquée : il a fallu lui organiser un ménage retiré, extrêmement simple, en rapport avec sa tension psychologique. Il en a été de même dans neuf autres familles.

Il ne s'agit pas toujours d'éloigner les beaux-parents des jeunes ménages : d'autres séparations ont été utiles. Vv. habite avec sa femme et la sœur de celle-ci qui n'a pas tardé à devenir sa maîtresse. De là des complications et des émotions perpétuelles : l'éloignement de la belle-sœur a été une des conditions de sa guérison. L'éloignement d'un élève du mari qui vivait avec eux et qui lui faisait la cour rend le calme à Mme Rv. Le départ d'un ami dans plusieurs ménages, l'éloignement de certains domestiques ont simplifié la vie du groupe et ont permis aux affaiblis de mener sans accidents une vie moins coûteuse.

Même quand les enfants ne sont pas mariés, mais simplement quand ils sont devenus âgés, ils ne peuvent pas toujours rester auprès de leurs parents, s'il y a dans la famille quelque individu atteint de névropathie et capable de devenir aboulique, autoritaire ou taquin. Qc. se rétablit quand elle ne vit plus avec son père et sa sœur. Sw., femme de 40 ans, était restée avec sa mère et se querellait constamment avec elle, elle avait la phobie de toutes sortes de petits bruits que la mère ne pouvait éviter de faire, en se mouchant, en prisant, en froissant du papier : les deux femmes se portent mieux toutes les deux et même s'aiment davantage depuis qu'elles sont séparées. Plusieurs malades ont dû sur mes conseils suivre l'exemple de Cxc. et vivre à l'étranger séparés de leur famille, ce qui semble avoir arrêté le développement d'une névrose grave. Cdc., quoi qu'elle n'ait que 20 ans, a dû se faire une installation distincte de celle de sa mère et depuis ce moment elle ne présente plus de troubles nerveux : il en est de même de plusieurs autres. Quand il s'agit de très jeunes gens on peut réussir à les retirer du milieu en conseillant de les placer dans des établissements d'instruction. Plus tard le mariage réussit quelquefois à leur créer un milieu différent, comme cela a bien réussi dans plusieurs observations que nous venons de voir. Même quand cela n'est pas possible, le médecin doit exiger une installation séparée qui est utile à tous les membres du groupe.

Dans certains cas plus fréquents qu'on ne le croit, il faut même séparer les époux au risque d'amener la dissolution du mariage. J'ai déjà insisté souvent sur les désordres mentaux que peut déterminer la vie conjugale chez des jeunes gens qui ont des phobies génitales ou qui ne peuvent pas supporter les complications de la vie à deux. Lo., femme de 26 ans, qui se sauve de la maison de son mari le soir de ses noces et qui tombe ensuite dans une dépression grave ne se rétablit qu'après le divorce et conserve une vie mentale relativement suffisante dans la solitude tandis qu'elle serait tombée dans l'aliénation complète si on avait voulu la remettre avec son mari. Trois femmes dont j'ai raconté les souffrances ont dû être séparées de leurs maris, ce qui leur a permis de retrouver un certain équilibre mental. Dans la médecine mentale il y a également une sorte de chirurgie qui doit savoir se résoudre aux amputations nécessaires. D'ailleurs dans bien des cas la séparation du ménage peut ne pas être définitive. Il faut

de temps en temps séparer Lox de sa femme pour lui donner « un moment le sentiment de liberté dont il a un besoin absolu » et, quoique ce ne soit pas facile l'envoyer en voyage sous divers prétextes. Il revient après quelques semaines plus solide et « moins sursaturé », plus capable de tolérer les gémissements et les récriminations, plus capable de reprendre cette surveillance constante de ses gestes et de ses paroles qui dans son ménage est absolument nécessaire. Des séparations de ce genre plus ou moins prolongées sont utiles dans un grand nombre de ménages et ravivent les affections au lieu de les supprimer.

Lorsque ces séparations ne peuvent pas être effectuées ou lorsqu'elles ne sont pas indispensables, le médecin psychiatre ne doit pas renoncer à toute action, il doit réorganiser la vie de ce groupe. M. R. C. Cabot a écrit à ce propos un article intéressant sur « les mal-ajustements de la famille »¹. « La toux particulière d'un oncle est justement la seule chose qu'une nièce ne puisse supporter, le frottement du pied de la mère est la seule chose que le malade ne puisse souffrir : il faut connaître tous ces détails de la vie de famille pour chercher à les modifier... Quelquefois la diminution du nombre des heures passées à la maison réduit les frictions aussi bien qu'une transplantation. Souvent le mal est que l'on passe trop de temps à la maison les uns sur les autres... Souvent il y a bénéfice à introduire un nouveau membre dans la famille comme un tampon entre les divers éléments : ils se tiennent comme des anges devant ce demi-étranger ; souvent il faut réconcilier mari et femme, faire marier la fille, etc... » Tous ces détails sont bien observés et ils ont une grande importance quand on essaye de réduire au minimum les efforts stériles et les causes d'épuisement.

Il n'est pas toujours difficile de réorganiser la vie commune quand on a pris quelque autorité sur le groupe. Mais il faut se rendre compte d'une chose qui est ordinairement peu connue, c'est que pour traiter un névropathe dans une famille il faut presque toujours traiter en même temps plusieurs autres personnes. Ce n'est pas aisé, car ces personnes sont loin de se croire malades et présentent leurs plus grandes absurdités comme des

1. R. C. Cabot, Analysis and modification of the environment, *Psychotherapy de Parker*, III, III, 7.

actes légitimes rattachés à des droits sacrés ou comme des actes de dévouement magnifiques. Lutter contre les manies autoritaires des uns et contre les manies de dévouement des autres, cela est évidemment plus compliqué que de faire une ordonnance de bro-mure, mais c'est une partie essentielle et très fructueuse de la psychothérapie. Je ne puis insister sur les transformations de la conduite qu'il faut obtenir peu à peu, car il s'agit là d'édu-cations et d'excitations à des actes particuliers qui feront l'objet de cha-pitres suivants. Il suffit d'indiquer que des modifications de la conduite des différents membres du groupe diminuent la diffi-culté de la vie sociale dans ce groupe et arrivent quelquefois à éviter les séparations et les isolements.

CHAPITRE III

LES TRAITEMENTS PAR LA LIQUIDATION MORALE

Quand un homme tourmenté par quelque triste souvenir cherche à l'oublier en partant au loin « le chagrin monte en croupe et voyage avec lui ». Tous les anciens moralistes ont décrit ces idées pénibles que les hommes conservent à propos de certains événements de leur vie, ces souvenirs fâcheux sur lesquels ils reviennent constamment et dont ils se tourmentent jour et nuit. Cette disposition morale joue un rôle considérable dans les épuisements des névropathes et depuis longtemps bien des psychiatres ont cherché à procurer du repos à leurs malades en calmant ces préoccupations excessives et perpétuelles. C'est là le point de départ d'un certain nombre de thérapeutiques auxquelles j'ai collaboré autrefois et en particulier d'un système philosophique et médical qui a pris un grand développement en Allemagne et en Amérique sous le nom de psycho-analyse¹.

I. — LES ÉTUDES SUR LES SOUVENIRS TRAUMATIQUES.

On répétait depuis longtemps qu'un grand nombre de troubles névropathiques pouvaient naître à l'occasion d'une émotion, d'une préoccupation, d'un chagrin survenant à l'occasion d'un événement particulier. Moreau de Tours, Baillarger, Briquet surtout, insistaient sur ce rôle pathologique des chagrins et des émotions : mais la fréquence de pareils événements au début des maladies

1. Ce chapitre reproduit en partie un Rapport que j'ai présenté au 17^e Congrès international de médecine, réuni à Londres en 1913 et qui a été publié dans le *Journal of abnormal psychology*, 1915, et dans le *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1917.

de l'esprit et leur importance dans l'évolution de la maladie n'avaient guère été déterminées et les notions admises sur de telles influences étaient restées fort vagues.

Dans ses leçons de 1884-85 sur certains accidents de l'hystérie, Charcot a réussi à mettre en évidence d'une manière bien plus nette ce rôle des événements impressionnants. A propos de quelques cas de paralysie hystérique où le trouble s'était développé à la suite d'un accident, il a montré que l'émotion momentanée déterminée par l'accident n'était pas la seule cause de la maladie, mais qu'il fallait faire jouer un rôle aux souvenirs laissés par cet accident, « aux idées, aux préoccupations » que le malade conservait à propos de l'accident. Beaucoup d'observateurs et en particulier Moebius, 1888, s'étaient rattachés à cette conception et admettaient que certains accidents hystériques étaient des modifications corporelles en rapport avec des idées et des souvenirs.

J'ai eu l'occasion dès mes premiers travaux publiés de 1886 à 1892 de confirmer cette conception à propos de nombreux cas de paralysie ou de contracture survenus à la suite de traumatismes matériels plus ou moins graves et du souvenir laissé dans l'esprit par l'accident. Puis j'ai été amené à élargir cette notion en montrant que des troubles névropathiques du même genre pouvaient survenir à la suite d'événements plus simples qui ne déterminaient pas une blessure matérielle mais une simple émotion morale. Le souvenir de l'événement persistait de la même manière avec son cortège de sentiments divers et c'est lui qui déterminait directement ou indirectement certains accidents de la maladie.

J'avais fait cette observation à propos d'un très grand nombre de malades, mais comme mon premier livre sur l'Automatisme psychologique avait un caractère plus philosophique que clinique, je n'en rapportais qu'un petit nombre d'observations. Parmi celles-ci une des plus caractéristiques est la suivante¹ : Une jeune fille de 19 ans présentait tous les mois à ses époques de grandes crises convulsives et délirantes qui se prolongeaient pendant plusieurs jours. Les règles commençaient normalement, mais quelques heures après le début de l'écoulement la malade se plaignait de ressentir un grand froid et présentait un frissonnement très caractéristique : à ce moment les règles s'arrêtaient et

1. *Automatisme psychologique*, 1889, pp. 1^{no}. 449

le délire commençait. Dans l'intervalle de ses crises cette malade avait des accès de terreur avec hallucination du sang répandu devant elle, en outre elle présentait divers stigmates permanents et entre autres une anesthésie de la face du côté gauche avec amaurose de l'œil gauche.

En étudiant avec soin l'histoire de la vie de cette malade et surtout les souvenirs qu'elle avait conservés des divers événements de sa vie on constatait certains faits curieux. A l'âge de 13 ans, cette jeune fille avait essayé d'arrêter ses règles en se plongeant dans un baquet d'eau froide et elle avait eu à ce propos du frisson et du délire, les règles immédiatement arrêtées ne s'étaient plus présentées pendant plusieurs années et quand elles avaient réapparu elles avaient amené les troubles que nous venons de constater. Plus tard, cette jeune fille avait été terrifiée en voyant une vieille femme tomber dans l'escalier et inonder les marches de son sang. A une autre époque, vers l'âge de 9 ans, elle avait été forcée de coucher avec un enfant dont la face sur tout le côté gauche était couverte de gourme et elle avait éprouvé pendant toute la nuit un grand dégoût et une grande frayeur.

On peut constater que ces événements ont déterminé autrefois des attitudes du sujet qui ressemblent exactement à celles que nous constatons aujourd'hui dans les accidents qu'il présente. On peut vérifier que les accidents ne se sont développés qu'à la suite de ces événements et du souvenir qu'ils ont laissé ; aujourd'hui encore on peut rappeler l'accident en rappelant le souvenir de l'événement correspondant. Enfin, en modifiant le souvenir par divers procédés on constate la disparition ou la modification du symptôme correspondant. De ces remarques découle l'hypothèse assez naturelle que le souvenir laissé par ces incidents a joué et joue encore un certain rôle dans le déterminisme des symptômes hystériques que cette jeune fille a présentés et dans la forme particulière qu'ont prise ces symptômes.

Ce même ouvrage sur l'automatisme psychologique contenait plusieurs autres observations du même genre¹. Plus tard j'ai pu vérifier les mêmes faits à propos d'un cas d'aboulie remarquable², et surtout à propos des troubles amnésiques présentés par Mme D... Cette femme de 34 ans était entrée brusquement dans

1. Cf. *Automatisme psychologique*, p. 208, 211.

2. *Revue philosophique*, mars 1891, *Névroses et idées fixes*, 1898, t. 1, p. 25.

l'état névropathique à la suite d'une violente émotion déterminée par un mauvais plaisant qui lui avait crié brusquement à l'oreille que son mari était mort. J'ai pu établir que l'amnésie continue si curieuse de cette malade, ses crises délirantes, et tous ses troubles étaient en relation avec le souvenir traumatique laissé par cet incident¹. Dans mes autres travaux postérieurs ces observations devaient beaucoup plus nombreuses et on pourrait facilement y relever une cinquantaine de cas où le souvenir traumatique est présenté comme un facteur essentiel de la maladie. Dans les uns il s'agit d'anorexie et de délire d'inanition déterminés par le souvenir d'une séduction et d'un accouchement clandestin, dans d'autres il s'agit de diverses dysesthésies, en particulier de l'horreur de la couleur rouge en rapport avec le souvenir d'un enterrement où le cercueil était recouvert d'immortelles rouges ; dans ceux-ci on voyait des paraplégies avec rétraction des adducteurs, les custodes, déterminées par le souvenir d'un viol ou par le souvenir des rapports avec un mari devenu odieux ; dans ceux-là on observait diverses chorées systématiques reproduisant sans raison les mouvements professionnels à cause de la pensée persistante de la misère des parents et de la nécessité du travail².

J'insiste particulièrement sur une observation assez remarquable qui prend ici un certain intérêt³. Une jeune fille de 22 ans, Ky..., présentait depuis six ans une série d'accidents variés, anesthésies cutanées et viscérales, accès de météorisme, troubles de la digestion, vomissements incoercibles, contractures des jambes, astasie-abasie énorme qui depuis quatre ans avait rendu la marche tout à fait impossible. J'apprends par une conversation au cours d'un état somnambulique une triste aventure survenue à cette jeune fille : vivant seule avec son père à l'âge de 18 ans, elle était devenue sa maîtresse et les relations avaient duré pendant un an. Les accidents hystériques avaient commencé peu de temps après. J'ai pu montrer la relation étroite qui unissait

1. *Congrès psychologique de Londres*, 1^{er} août 1896. *Revue générale des sciences*, mai 1897; *Nouveaux et idées fixes*, 1898, I, pp. 116-118.

2. *État mental des hystériques*, 1893, II, p. 100 et sq., 2^e édition, 1911, p. 273 et sq.

3. Traitement psychologique de l'hystérie, publié dans le *Journal de Médecine expérimentale* de A. Robin, 1908, XV, p. 627; *État mental des hystériques*, 2^e édition, 1911, pp. 263 et sq.; *Nouveaux et idées fixes*, 1898, II, p. 313.

tous ces accidents avec le souvenir des relations coupables et la crainte de leurs conséquences et par des modifications de l'idée fixe j'ai pu supprimer tous les accidents, ce qui justifiait assez bien l'hypothèse relative à leur origine.

Je rappelle également l'observation amusante d'Achille dont le délire de possession était évidemment la conséquence du souvenir d'une faute. Il avait trompé sa femme pendant un petit voyage et avait imaginé à ce propos une foule de maladies et de châtiments terribles dont la pensée avait épuisé son débile cerveau. Le souvenir de cette faute était évidemment la partie principale de son délire car la modification de ce souvenir amena rapidement la disparition du délire¹.

Des études de ce genre ont été continuées dans mon livre sur « les obsessions », 1903, et depuis cette époque j'ai encore recueilli un grand nombre d'observations où l'on voit le souvenir d'un viol, le regret d'un amant disparu, le souvenir émotionnant d'un incendie, etc., jouer le rôle principal dans un grand nombre d'accidents nerveux et mentaux. Ces études ont été confirmées par beaucoup d'auteurs et on peut considérer comme acquis que le souvenir d'un événement particulier de la vie peut déterminer des accidents névropathiques : c'est ce que l'on peut résumer en admettant l'importance du *souvenir traumatique* dans les névroses.

Ces réflexions ont déterminé dès le début de mes études des précautions toutes particulières dans l'étude et dans la recherche des souvenirs traumatiques. La découverte de tels souvenirs étant importante pour l'interprétation et pour le traitement de certaines névroses, il fallait faire tous ses efforts pour les découvrir quand elles existaient ; mais, comme il restait entendu que de tels souvenirs pouvaient fort bien être absents dans d'autres cas de névroses qui devaient être interprétés et traités autrement, il fallait également faire tous ses efforts pour ne pas découvrir de tels souvenirs traumatiques quand ils n'existaient pas. Par conséquent il fallait recueillir avec précision toutes les indications que le sujet pouvait donner sur ses propres pensées et sur ses souvenirs, il ne fallait être rebuté ni par la longueur de ses bavardages, ni par la puérilité de ses récits et il fallait examiner avec soin le rôle qu'avaient pu jouer tous les événements qu'il racontait.

Une très grande circonspection était nécessaire quand on

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 379 et sq.

cherchait à établir une relation entre tel ou tel souvenir ainsi découvert et certains symptômes pathologiques. Il fallait rechercher avec soin si les troubles avaient coïncidé avec l'événement remémoré, s'il y avait parallélisme entre le développement des troubles et celui du souvenir, si aujourd'hui encore les deux termes étaient liés de telle manière que l'on pût modifier l'un en influant sur l'autre. Ce n'était qu'après un grand nombre de vérifications de ce genre que j'étais disposé à admettre dans certains cas particuliers le rôle d'un souvenir traumatique.

Malheureusement j'ai été vite convaincu que les souvenirs traumatiques les plus importants n'étaient pas toujours bien connus par le sujet lui-même, ni exprimés par lui clairement quand il cherchait à le faire volontairement. Il fallut donc rechercher même les souvenirs cachés que le malade conservait dans son esprit à son insu. On pouvait les soupçonner souvent d'après les gestes, les attitudes, les intonations du malade : quelquefois il fallut les rechercher dans ces états de conscience particuliers où d'autres catégories de souvenirs réapparaissent, dans les somnambulismes, dans les écritures automatiques, dans les rêves¹. Les souvenirs traumatiques de Mme D... ont été surtout découverts au moins au début pendant les rêves de la nuit². Dans tous ces cas, on prenait la précaution de recueillir les paroles mêmes du sujet pendant l'état de sommeil sans les modifier d'aucune manière. Mme D... était surveillée pendant son sommeil et l'on recueillait les paroles qu'elle prononçait à demi-voix ; dans d'autres cas je faisais réveiller brusquement le sujet afin de recueillir les paroles qu'il prononcerait au premier moment du réveil. Ces paroles n'étaient conservées que si elles avaient un sens précis par elles-mêmes et se rapportaient à un événement déterminé.

Dans d'autres cas, je constatais que ces souvenirs traumatiques étaient exprimés d'une manière très nette dans des états anormaux, des attaques, des délires, des somnambulismes surtout. On connaît ce caractère des fugues hystériques : le sujet ne peut raconter sa fugue et les raisons qui l'ont déterminée que si on le met en état de somnambulisme. Eh bien ! ce même caractère

1. *Traitement psychologique de Chastoux*, loc. cit., 1898, p. 191 ; *État mental des hystériques*, 2^e édition, 1911, p. 620.

2. *Congrès de psychologie de Louvain*, 1897 ; *Nouveaux et vieux faits*, 1898, I, p. 107.

clinique se rencontre dans les idées fixes qui déterminent des attaques, des paralysies, des anorexies, etc., c'est là un fait banal dans l'hystérie, qu'il est nécessaire de connaître, non seulement pour traiter, mais même pour diagnostiquer avec précision un accident hystérique. Les souvenirs traumatiques de Marie, cette jeune fille qui présentait du délire au moment de l'arrêt des règles, ont été surtout découverts pendant des crises d'hystérie et pendant des somnambulismes. Les événements relatifs à l'arrêt des premières règles par un bain froid, à la nuit passée près d'un enfant couvert de gourme ne m'ont été racontés par la malade que pendant des états de somnambulisme provoqué : ils ne pouvaient être racontés pendant la veille, car le sujet semblait alors les ignorer complètement.

Il ne s'agit pas là d'un oubli véritable, car les tendances réellement oubliées ont cessé d'être actives et ici les tendances latentes ont une véritable activité et déterminent des rêves, des délires et des troubles de toute espèce. Il ne s'agit pas non plus d'une dissimulation du malade qui éprouve quelque peine à avouer ce qui le tourmente et qui cherche à le dissimuler. Il s'agit d'une impuissance véritable à se rendre compte de ce qui se passe en lui et à se l'exprimer à lui-même. C'est une modification particulière de la conscience hystérique qui semble porter sur la conscience personnelle du sujet, plutôt que sur la tendance elle-même et que j'avais essayé de décrire en 1889 sous le nom de « subconscience par désagrégation psychologique ». Les souvenirs capables de déterminer des accidents se présentaient donc sous la forme de souvenirs subconscients. Ces faits ayant attiré ma curiosité, je les ai recherchés avec quelque soin et j'ai eu l'occasion d'en décrire une vingtaine de beaux exemples, sous le titre d'idées fixes subconscientes ou d'idées fixes de forme hystérique¹.

Ce caractère particulier de certains souvenirs traumatiques chez les hystériques semble avoir de l'importance car les idées fixes de ce genre se présentent comme les plus dangereuses. On peut dire au moins à titre d'hypothèse que ces idées fixes sont dangereuses parce qu'elles échappent à la personnalité, parce

1. Cf. en particulier, *État mental des hystériques*, 1892, p. 67 et sq. Un cas de possession et l'exercice moderne, 1894, *Névroses et idées fixes*, I, p. 375; Les idées fixes de forme hystérique, *Presse médicale*, 1895; *Névroses et idées fixes*, I, p. 213.

qu'elles appartiennent à un autre groupe de phénomènes sur lesquels la volonté consciente n'a plus de prises. Quoi qu'il en soit, les modifications de la mémoire dans les somnambulismes, provoqués, dans les écritures automatiques, dans les divers états subconscients m'ont souvent permis de retrouver la pensée de ces événements dont le souvenir déterminait ou entretenait la maladie de l'esprit.

Quand on a constaté chez un malade un souvenir de ce genre, il est intéressant de comprendre comment un tel souvenir peut devenir traumatique, par quel mécanisme il peut agir sur la santé physique et morale. Pour expliquer les accidents de la névrose traumatique Charcot avait fait appel à un mécanisme psychologique que l'on commençait à connaître à son époque, celui de la suggestion. Le souvenir de l'accident donnait naissance à des réflexions bien naturelles sur ses conséquences possibles, sur les blessures, les impotences, les infirmités que de tels accidents pouvaient entraîner à leur suite. C'est cette idée d'infirmité, d'impotence qui par le mécanisme de la suggestion tendait à se réaliser et qui déterminait la paralysie. J'ai commencé par admettre la vérité de cette interprétation dans certains cas particuliers où l'on pouvait mettre en évidence l'apparition de l'idée antérieurement aux accidents et son influence sur le développement de ceux-ci. J'ai longuement insisté sur le mécanisme de la suggestion en montrant que l'idée se développait d'une manière exagérée par l'absence de phénomènes antagonistes dans une conscience rétrécie. Il est inutile d'insister sur ces notions qui ont été assez communément admises et qui même ont été trop souvent exagérées.

Dans un grand nombre d'autres cas j'ai été amené à remarquer que cette idée d'impotence nécessaire pour admettre le mécanisme de la suggestion n'existait pas comme intermédiaire entre l'accident initial et les symptômes présentés par le sujet ou ne jouait qu'un rôle insignifiant : les troubles apparaissaient par un mécanisme beaucoup plus simple que j'ai désigné sous le nom d'*automatisme psychologique*. Le souvenir même de l'événement était constitué par un système de faits psychologiques et physiologiques, d'images et de mouvements très variés. Ce système persistant dans l'esprit ne tardait pas à devenir envahissant, il s'annexait par association une foule d'images et de mouvements

au début étrangers. Enrichi de la sorte et puissant au milieu d'un ensemble d'autres pensées affaiblies par la dépression générale il se réalisait de lui-même automatiquement sans passer par l'intermédiaire de l'idée et de la suggestion et il donnait naissance à des actes, des attitudes, des souffrances, des délires de différentes espèces. J'avais distingué à ce propos les idées fixes primaires et les idées fixes secondaires et il est facile de comprendre cette distinction en étudiant mes premières observations. Quand on voit chez la jeune fille dont nous parlions précédemment l'arrêt des règles survenir à l'occasion du souvenir d'un bain froid ou l'amaurose de l'œil gauche se développer à propos du souvenir d'un enfant qui a de la gourme sur le côté gauche de la face on reconnaît le phénomène primitif et le phénomène secondaire.

Le passage suivant de mon étude sur le traitement psychologique de l'hystérie montre comment ces développements automatiques de systèmes psychologiques se combinent avec des phénomènes de suggestion pour réaliser divers accidents. « La jeune fille (qui avait été pendant un an la maîtresse de son père), a eu d'abord la terreur de la grossesse, de là probablement le météorisme abdominal, car on observe souvent l'association de ces deux phénomènes. C'est vraisemblablement le météorisme et l'idée de la grossesse qui ont déterminé les troubles de la respiration, ceux de la digestion et les vomissements. Les craintes et les remords ont amené des idées de suicide qui ont déterminé à leur tour le refus des aliments, l'anorexie et même les troubles de déglutition qu'un médecin avait pris pour les symptômes d'une lésion bulbaire. L'idée de la grossesse d'une part, l'excitation génitale de l'autre, une hallucination étrange du sens tactile et du sens génital que nous ne pouvons décrire et qui se développait au moindre mouvement des jambes ont rendu la marche de plus en plus difficile. L'idée obsédante que cette démarche singulière faisait tout découvrir s'est ajoutée aux premières et l'astasiabasie est devenue complète pendant cinq ans. Une autre malade, la femme atteinte d'ovarie est avant tout une aboulique qui n'ose pas et ne peut pas prendre une décision. Elle aime trop son mari et son enfant pour les quitter, elle aime trop son amant pour renoncer à lui; aussi a-t-elle remis sa décision jusqu'au moment où elle serait bien guérie d'une petite indisposition. Mais elle a reculé sa guérison indéfiniment, elle redoute cette guérison de

peur d'avoir à répondre décidément à la proposition de son amant et depuis huit mois elle reste couchée et souffre de plus en plus. Ajoutez la contracture des adducteurs, des « custodes » si fréquente chez les femmes qui ont des préoccupations génitales et on saisit quelques-uns des termes intermédiaires qui ont conduit les malades aux accidents qu'ils présentent actuellement. Il faut donc bien savoir que l'hystérique a rarement dans l'esprit l'idée fixe de son symptôme : elle ne pense pas à avoir une attaque ou à garder la bouche de travers comme le supposent ceux qui veulent tout expliquer par la suggestion, il n'en est ainsi que dans quelques cas particulièrement simples. L'idée fixe qu'elle a dans l'esprit est en apparence étrangère au symptôme et ne le détermine que par l'intermédiaire de toute une série de conséquences morales et physiques. » Je concluais autrefois cette étude en disant que les symptômes se rattachent au souvenir traumatique par tout cet ensemble de lois psychologiques et physiologiques qui règlent le développement et la manifestation des émotions¹.

Beaucoup d'auteurs ont exprimé à cette époque des idées du même genre² : Je rappelle surtout les intéressantes études de M. Morton Prince sur les « Association neuroses³ » dans lesquelles il montrait que « la névrose consiste souvent dans l'évocation malheureuse de systèmes psychologiques associés ». Dans une autre étude, « fear neurosis⁴ », il expliquait que certains mouvements stéréotypés en apparence fort étranges pouvaient être rattachés à une tendance à la peur indéfiniment conservée. Il comparait cette association à celle qui est établie dans les expériences de M. Pawlof entre la salivation des chiens et l'audition de telle ou telle note. Récemment M. Morton Prince est encore revenu sur ces anciennes interprétations dans son travail « recurrent psychopathic states⁵ », et je suis heureux de voir qu'il conserve encore l'opinion que j'avais proposée autrefois quand il conclut : « la tendance à conserver des complexes organisés avec un certain degré d'indépendance automatique varie beaucoup avec

1. Op. cit., 1898, *État mental des hystériques*, 2^e édit., 1911, p. 677.

2. Cf. Forel, *L'âme et le système nerveux*, p. 211.

3. Morton Prince, Association neuroses, *Journal of nervous and mental diseases*, mai 1891.

4. Id., *Boston medical and surgical Journal*, sept. 1898.

5. Id., *Journal of abnormal psychology*, juillet 1911.

les individus, mais elle ne peut se présenter à un haut degré que s'il y a un état fondamental de désagrégation mentale ».

Pourquoi certaines tendances prennent-elles ce caractère subconscient ? J'étais disposé à rattacher ce fait au caractère général de la pensée hystérique dans laquelle on observe beaucoup de dissociations du même genre et aux effets de certaines émotions déprimantes sur un tel état mental. Il est facile de constater que ces phénomènes de subconscience n'apparaissent que pendant la période la plus grave de la maladie et qu'ils disparaissent quand commence la guérison. On observe fréquemment que des malades pendant la guérison retrouvent spontanément le souvenir des événements qui précédemment n'étaient connus que pendant les somnambulismes. L'effet déprimant de l'émotion peut porter sur une tendance particulière en exercice au moment d'un événement pénible. Cette tendance épuisée ne peut plus se relever suffisamment pour prendre dans ses activations les caractères des phénomènes psychologiques supérieurs, elle ne peut plus donner naissance à des actes accompagnés de conscience personnelle. Nous retrouvons ici le problème de la dépression qui peut dépendre, comme on l'a vu de diverses causes, se rattacher à un événement particulier, à une suite lente de troubles ou dépendre d'une constitution fondamentale. L'idée fixe subconsciente est une forme particulière de cette dépression localisée sur une tendance spéciale. Quoi qu'il en soit, ces idées fixes semblent devenir dangereuses, parce qu'elles échappent à la personnalité, parce qu'elles appartiennent à un autre groupe sur lequel la volonté consciente n'a plus de prise¹. « La puissance de semblables idées dépend de leur isolement ; elles grandissent, s'installent dans la pensée à la façon d'un parasite et ne peuvent plus être arrêtées dans leur développement par les efforts du sujet, parce qu'elles sont ignorées, qu'elles existent à part dans une seconde pensée séparée de la première². »

2. — LA PSYCHO-ANALYSE DE M. S. FREUD.

Les leçons de Charcot sur les névroses traumatiques et mes propres études que je viens de résumer ont été le point de départ

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 430, 436.

2. *L'état mental des hystériques*, 1894, II, p. 267, 2^e édition, 1911, p. 419.

de tout un enseignement fort remarquable sur l'interprétation des névroses et sur leur traitement. Je veux parler des études de M. le professeur Freud (de Vienne) et de ses nombreux élèves sur la *Psycho-analyse*. Cet enseignement a donné naissance à une école considérable qui a joué un grand rôle en Autriche, en Suisse et en Amérique pendant ces dernières années. Ces études très nombreuses qui ne touchent pas seulement à toutes les questions de la psychologie et de la psychiatrie, mais qui abordent aussi résolument tous les problèmes de la grammaire, de la linguistique, de la littérature, des arts et des religions ont comme point de départ ces recherches sur le rôle du souvenir traumatique dans les névroses. Elles leur ont donné une importance très grande qu'elles ne méritaient peut être pas et elles nous forcent maintenant à considérer comme une méthode thérapeutique distincte *cette désinfection mentale par la dissociation des souvenirs traumatiques* que je ne comptais pas au début séparer aussi nettement des autres méthodes psychothérapiques. Je ne puis avoir la prétention de donner ici une bibliographie des travaux de l'école de M. Freud, ni de résumer ses innombrables études : d'ailleurs un exposé remarquable de ces doctrines vient d'être publié en français par MM. E. Régis et A. Hesnard et je demande la permission d'y renvoyer le lecteur¹. La psycho-analyse a été souvent présentée « comme un point de vue nouveau, comme une révolution dans la science psychiatrique² » et elle a été proposée comme une méthode d'études qui devait sur bien des points se substituer à l'ancienne analyse psychologique pratiquée par les psychologues et les psychiatres³. Il faut simplement essayer de comprendre quel est ce caractère nouveau qui est essentiel dans la psycho-analyse.

Les premiers travaux de M. Freud en 1894 et 1895 acceptaient comme point de départ les études dont je viens de parler sur les événements émotionnants qui laissent dans l'esprit des malades certains souvenirs dangereux et sur le rôle que ces souvenirs semblaient jouer pour déterminer les symptômes actuels de leur névrose. Je dois avouer qu'au début je n'ai pas eu le sentiment que

1. E. Régis et A. Hesnard, La doctrine de Freud et de son école, *L'Esprit*, 10 avril 1913, p. 356, 10 mai 1913, p. 449. *La psycho-analyse des névroses et des psychoses, ses applications médicales et extra-médicales*, 1914 (E. Alcan).

2. Cf. A. Maeder, Sur le mouvement psychoanalytique, un point de vue nouveau en psychologie, *L'année psychologique*, XVIII, 1912.

les études de MM. Breuer et Freud fussent très différentes des miennes et que je les ai considérées naïvement comme une confirmation des plus intéressantes de mes propres recherches. « Nous sommes heureux, disais-je à ce moment ¹, que MM. Breuer et Freud aient vérifié récemment notre interprétation déjà ancienne des idées fixes chez les hystériques. » En effet ces auteurs montraient par des exemples très heureusement choisis que certains troubles hystériques étaient la conséquence de *réminiscences traumatiques* et leurs observations, je le constatais avec plaisir, étaient tout à fait analogues aux miennes. Tout au plus ces auteurs changeaient-ils quelques mots dans leur description psychologique : ils appelaient « psycho-analyse » ce que j'appelais « analyse psychologique », ils nommaient « complexus » ce que j'avais nommé « système psychologique » pour désigner cet ensemble de phénomènes psychologiques et de mouvements soit des membres soit des viscères qui reste associé pour constituer le souvenir traumatique ; ils baptisaient du nom de « catharsis » ce que je désignais comme une dissociation des idées fixes ou comme « une désinfection morale ». Les noms étaient différents mais toutes les conceptions essentielles, même celles qui étaient encore sujettes à la discussion comme celle du système psychologique étaient acceptées sans modification. Encore aujourd'hui, si on laisse de côté les discussions aventureuses et si on examine seulement les observations publiées par des élèves de M. Freud à propos des souvenirs traumatiques, on retrouve encore des descriptions très analogues à celles que je publiais autrefois. En considérant ces premières doctrines et ces observations on a quelque peine à comprendre en quoi la psycho-analyse diffère tellement de l'analyse psychologique et où se trouve le point de vue nouveau qu'elle a apporté à la psychiatrie.

Il est certain cependant que ces premières études sur les souvenirs traumatiques devaient déjà contenir au moins en germe une tendance nouvelle puisque toute la psycho-analyse en est sortie. Plusieurs auteurs ont essayé de nous montrer que le caractère propre de la psycho-analyse se trouve dans sa méthode : M. M. Jung déclare non sans enthousiasme que l'on essaye de réfuter M. Freud sans avoir utilisé sa méthode et que l'on se conduit à ce propos comme un homme de science qui se rirait de

1. *État mental des hystériques*, 1894, II, p. 68, 2^e édition, 1911, p. 249.

l'astronomie sans consentir à regarder dans la lunette de Galilée. M. A. Brill¹, M. A. Mæder², M. J. Jones³ nous ont indiqué les traits essentiels de cette méthode dont nous avons vu d'ailleurs les applications dans nombre d'études. Cherchons à mettre à part ce qui dans cette méthode est propre à la psycho-analyse.

Au premier abord les lecteurs se trouveront un peu déçus, car les méthodes indiquées semblent ne rien présenter de bien particulier. Ces auteurs insistent sur l'examen prolongé du malade, sur les longues heures consacrées au même sujet pendant des années. Hélas! ce n'est pas là quelque chose de bien original: d'innombrables observateurs parmi lesquels je dois me compter ont perdu des heures et des heures le jour et même la nuit à observer de pauvres malades, à les retourner dans tous les sens sans parvenir à y rien comprendre. Il vaut mieux ne pas insister, on pourrait nous répondre comme fait le Misanthrope quand il écoute le sonnet d'Oronte:

« Allez, Monsieur, le temps ne fait rien à l'affaire. »

M. Freud insiste sur des conseils qu'il est fort juste de répéter sans cesse mais qui ne peuvent prétendre à l'originalité: il démontre après bien d'autres qu'il faut connaître toute la vie de son malade pour pouvoir comprendre ses troubles actuels. Les psychoses ne peuvent être considérées comme des accidents momentanés et locaux que l'on peut étudier et traiter en eux-mêmes sans s'occuper de toute l'histoire psychologique qui les a précédés. Pour bien connaître cette vie antérieure du malade, nos anciens maîtres répétaient qu'il faut recueillir des renseignements de tous les côtés, qu'il faut comparer les détails racontés par les parents et les amis avec ceux que donne le malade lui-même et qu'il faut surtout savoir écouter le malade. Ce dernier point est particulièrement important pour bien connaître les événements qui ont fait une impression sur le sujet et qui ont pu lui laisser des souvenirs impressionnants et dangereux. Il ne faut pas seulement tenir compte des réponses à des questions précises, mais il faut encore noter toutes les paroles que le malade prononce

1. A. Brill, Freud's method of psychoanalysis. W. B. Parker, *Psychiatry*, 1908, II, xv, p. 36.

2. Mæder, *op. cit.*, *Annales psychiatriques*, 1894.

3. J. Jones, *Psychoanalysis*, 1913.

en dehors de l'interrogatoire et quand il se laisse aller à bavarder sans se surveiller. Pour noter un tel bavardage, les psychoanalystes conseillent de placer simplement le sujet sur un fauteuil tandis que le médecin se met derrière lui et de lui conseiller de se laisser aller à exprimer tout haut les rêveries qui viennent spontanément dans son esprit. C'est ce qu'ils appellent la méthode de « la libre association ». Cela me paraît un procédé médiocre et un peu naïf, car le malade se sent surveillé malgré tout et arrange plus qu'on ne le croit ses paroles pour produire un certain effet : il ne faudra y recourir à mon avis que si l'on ne peut faire mieux. Le malade doit être observé à son insu, quand il croit être seul, ainsi que je le faisais souvent et il faut s'efforcer de noter ce qu'il fait et ce qu'il dit quand il se laisse aller à parler à demi-voix. Il faut tenir compte non seulement des paroles qu'il prononce, mais encore de ses réticences, de ses gestes, de ses tics, de ses rires, de ses lapsus, de ses plaisanteries forcées, etc. Il faut savoir comprendre, sans qu'elle le dise, « qu'une jeune fille a envie de se marier, ou qu'elle est inquiète sur les suites de ses relations avec son cousin et qu'elle parle d'appendicite parce qu'elle a peur d'être enceinte ». Tout cela est excellent dans un cours à de jeunes étudiants, mais vraiment je n'aurais jamais osé en parler à des médecins aliénistes.

Une méthode plus intéressante a été proposée par M. C. G. Jung (de Zurich)¹ : cet auteur a repris et a essayé d'appliquer à la clinique une ancienne expérience des laboratoires de psychologie. Après avoir préparé une série de mots, l'opérateur prononçait successivement chacun de ces mots et le sujet immédiatement après l'audition d'un de ces termes devait prononcer ou écrire à son tour le premier mot qui lui venait à l'esprit. On mesurait ensuite l'intervalle de temps qu'avait exigé chaque association et ses particularités. MM. Mayer et Orth, 1901, avaient déjà observé que des associations de ce genre sont plus rapides, quand elles sont accompagnées par un sentiment de plaisir et plus lentes quand elles provoquent un sentiment désagréable². M. Jung constate de même que les associations sont toujours ralenties ou modifiées en quelque manière quand le mot prononcé par l'opé-

1. C. G. Jung, *Ueber das Verhalten der Reaktionszeit beim Assoziationsexperiment*, Leipzig, 1905.

2. Cf. Claparède, *L'association des idées*, 1905, p. 285.

rateur éveille dans l'esprit du sujet un sentiment pénible relatif à ces souvenirs traumatiques qu'il garde en lui quelquefois à son insu. S'agit-il par exemple d'un individu tourmenté par l'idée fixe du suicide par la noyade, les mots « rivière, lac, nager », qui éveillent l'idée de la noyade détermineront des associations d'idées plus lentes et anormales par quelque côté. Il en résulte que l'on pourra se servir de cette expérience pour mettre en évidence l'existence dans l'esprit du sujet de souvenirs particulièrement émouvants et peut-être de souvenirs traumatiques. Plus récemment on a ajouté à ces méthodes l'emploi du galvanomètre dans l'étude de la variation de la résistance électrique du corps pendant l'émotion déterminée par la lecture du mot qui détermine une association avec le souvenir traumatique. M. Fred. Peterson¹ (de New-York) a résumé et complété ces études d'une façon intéressante.

L'analyse psychologique s'était servie pour rechercher les souvenirs traumatiques de l'examen du sujet dans divers états pathologiques ou normaux, mais distincts de la veille. Elle examinait les sujets pendant les crises délirantes, dans les somnambulismes naturels ou provoqués, pendant les périodes de distraction, dans l'état de médiumnité qui déterminait l'écriture automatique, ou simplement pendant le sommeil et dans les rêves. La psychanalyse a insisté sur ces derniers phénomènes et a surtout observé les rêves des malades. Mais il faut reconnaître que cet examen des rêves a été fait d'une manière très originale. Au lieu de se borner à recueillir les attitudes et les paroles du sujet pendant les rêves ou immédiatement après le réveil et de ne tenir compte que de ces paroles elles-mêmes, la psychanalyse a tiré de ces documents un parti infiniment plus avantageux grâce à la méthode féconde de l'interprétation.

M. Freud a publié un ouvrage remarquable sur la psychologie des rêves, *Traumdeutung* (traduction anglaise par A. Brill, New-York) et ses élèves ont beaucoup développé les idées qu'il avait avancées sur ce sujet. Ces études sur les rêves ne comportent pas de méthodes particulières pour les recueillir avec précision au moment où ils se produisent ou peu après, ni de méthodes pour les provoquer. M. Freud ne paraît pas se préoccuper, comme

1. Fred. Peterson, Les effets de l'émotion sur le corps, *Psychotemp* de Parker, t. IV, p. 13.

font d'autres auteurs, des troubles de la mémoire qui transforment tant de rêves et de la systématisation que le sujet met dans ses rêves dès qu'il est réveillé. Il se borne à recueillir et à accepter tel quel le récit que le malade veut bien faire de son rêve quelques heures ou quelques jours après. Il ne cherche pas à critiquer ces récits, son but est tout autre : il veut simplement expliquer tous ces récits par un principe général.

Autrefois Maury, 1861, et avant lui Charma, dans son livre sur « le sommeil », 1851, avaient dit que les passions et les désirs des hommes se manifestent plus librement dans le rêve que dans la pensée de la veille : « L'âme étant en un profond repos et en son calme découvre comme en un fond clair ses vraies affections et convoitises et bien souvent ce qu'on n'ose ni faire, ni dire en veillant se présente en songe pendant le sommeil¹. » « Le rêve est une soupape », disait aussi A. Daudet. Mais pour ces auteurs, ce n'était là qu'une loi particulière s'appliquant à certains rêves et non à tous et combinant son action avec celle de beaucoup d'autres lois différentes. M. Freud transforma cette hypothèse partielle en un principe général. Pour lui un rêve n'est jamais autre chose que la réalisation d'un désir plus ou moins dissimulé pendant la veille. Le désir est refoulé pendant le jour par la conscience qui joue le rôle de censeur sévère et il se développe pendant la nuit quand le censeur se repose et cesse sa surveillance.

Cependant le désir ne peut, sauf dans des cas exceptionnels, se réaliser même en rêve d'une façon complète et simple : cela pourrait réveiller le censeur qui se fâcherait et interromprait la récréation, je veux dire le sommeil. Le désir doit même pendant le sommeil se déguiser pour ne pas réveiller le censeur : il doit subir des transformations qui le rendent méconnaissable. Ces transformations se font suivant des lois très simples, par condensation, par déplacement, par dramatisation, par élaboration secondaire, elles arrivent à dissimuler si bien le désir primitif qu'en écoutant le récit d'un rêve on ne peut plus du tout reconnaître la tendance refoulée qui se réalise grâce à lui². Si nous laissons le rêve dans cet état nous n'y comprendrions rien et

1. Charma, *Le sommeil*, 1851, p. 85.

2. Cf. A. Brill, *Freud's method of Psycho-analysis*. *Psychotherapy* de Parker, 1913, II, iv, p. 41 ; E. Jones, *Papers on psycho-analysis*, 1913, p. 27.

nous ne pourrions guère nous en servir pour découvrir les tendances cachées du sujet. Mais faisons un petit effort, supprimons les effets de ces modifications surajoutées; cela est facile puisque nous les connaissons bien, nous n'avons qu'à enlever la condensation, le déplacement, la dramatisation et l'élaboration secondaire et à la place du récit du sujet nous mettrons à nu la tendance qui se dissimulait. C'est là l'interprétation du rêve qui permet mieux que tout autre procédé de découvrir les souvenirs traumatiques anciens, source des tendances qui cherchent à se manifester dans les rêves. Une femme rêve qu'elle assiste sans éprouver aucun chagrin à la mort du fils unique de sa sœur, elle nè peut pas admettre qu'il y ait là la manifestation d'un désir refoulé, car elle ne souhaitait aucunement la mort de cet enfant. Interprétons: en fouillant ses souvenirs on trouve qu'elle est entrée jadis dans une maison où venait de mourir un enfant et qu'elle y a rencontré un individu qui est devenu son amoureux; or elle souhaite vivement rencontrer de nouveau ce personnage, il est évident qu'elle a eu le désir de rencontrer de nouveau son amoureux à l'occasion de ce décès d'un enfant de sa sœur.

Les disciples de M. Freud ont singulièrement perfectionné cette méthode d'interprétation des rêves. On trouvera en particulier quelques règles d'interprétation dans le travail de M. Mæder¹ qui indique la traduction la plus fréquente de quelques-unes des images qui se présentent dans les rêves. Ainsi il est bon de savoir pour ne pas s'égarer que dans les rêves une caverne ou une petite maison cela signifie l'organe sexuel féminin, la vulve, qu'un serpent ou un bâton cela représente l'organe masculin, le pénis; rêver que l'on marche dans une forêt cela signifie que l'on s'égaré dans les poils du pubis, rêver d'une gare de chemin de fer, c'est évidemment rêver à l'amour car dans une gare de chemin de fer il y a un va-et-vient très caractéristique. Nous reviendrons plus tard sur les théories sexuelles de cette école, pour le moment j'insiste seulement sur cette méthode d'interprétation comme moyen de découvrir les souvenirs d'événements qui ont jadis impressionné le sujet.

Il y a déjà quelque chose de particulier dans cette interprétation perpétuelle du rêve, mais nous pénétrons davantage dans la

1. A. Mæder, Essai d'interprétation de quelques rêves. *Archives de psychologie*, Genève, avril 1907.

partie essentielle du système en étudiant les recherches sur les causes de la subconscience. M. Freud semble avoir pris comme point de départ sans les critiquer mes premières études sur l'existence et les caractères des phénomènes subconscients chez les hystériques : je le regrette un peu car ces études auraient eu besoin de confirmation et de critique. Il s'est surtout préoccupé de découvrir le mécanisme par lequel se produisait cette subconscience, la raison qui faisait passer tel ou tel fait* du domaine des phénomènes psychologiques conscients dans le groupe des phénomènes subconscients. Comme il le dit encore récemment à propos d'un cas de cécité hystérique¹, il trouve que mon ancienne explication par la faiblesse de la synthèse mentale est insuffisante : en quoi il a probablement tout à fait raison. Il pense trouver une explication plus profonde et plus précise dans la conception du « refoulement, de la répression, Verdrängung ».

Les réminiscences traumatiques, les tendances et les idées qui s'y rattachent se présentent à l'esprit du sujet d'une manière fort pénible : elles heurtent sa sensibilité ou sont en contradiction avec ses idées morales. Le sujet mécontent d'avoir dans l'esprit de pareilles pensées, fait de grands efforts pour s'en débarrasser et il lutte contre ces idées de toutes ses forces. Quand ces phénomènes se présentent à sa conscience, il ne leur permet pas de se développer, de se réaliser en actes ou en pensées claires ; il les arrête dès leur premier début et il s'efforce de ne pas les apercevoir, de les oublier. « Le refoulement, disait M. Mæder, fait partie du système de défense de l'organisme. » Le souvenir ou l'idée constamment repoussés sortent de la conscience à laquelle ils n'essayaient plus de se manifester, ils deviennent subconscients et vivent à part : la dissociation a été le résultat du refoulement. De cette manière la conscience ne souffre plus du conflit, mais elle s'est rétrécie et amoindrie. Ainsi, dans le cas de cécité hystérique dont je viens de parler, M. Freud pense que le malade a repoussé de toutes ses forces un désir sexuel qu'il ressentait. Or le désir sexuel a une relation étroite avec les yeux, car il est évident que l'on peut employer les yeux aux œuvres d'amour : le sujet en repoussant l'amour a repoussé de sa conscience tout ce que ses yeux pouvaient lui apporter par crainte des tentations :

1. S. Freud, *Neurotische Fehlbildung*, 1910, n° 9.

il a refoulé les sensations visuelles dans le subconscient et c'est ainsi qu'il est devenu aveugle.

Ce mécanisme du refoulement imaginé pour expliquer le caractère subconscient de certains souvenirs traumatiques va prendre une importance considérable dans l'interprétation de tous les phénomènes psycho-pathologiques. Il en résulte d'abord une première modification, c'est qu'une peur s'ajoute à la pensée refoulée dès qu'elle commence à apparaître : ce qui au début était un désir devient une peur. « Toute peur morbide, disait M. E. Jones, est un désir arrêté et réprimé. » Voici un exemple : un individu désire épouser la femme d'un ami gravement malade et il attend en réalité avec impatience la mort de cet ami. Mais il ne peut pas s'avouer à lui-même ce souhait peu moral et il le repousse de toutes ses forces : il en arrive à éprouver des peurs exagérées, des anxiétés morbides à propos des moindres troubles de la santé de cet ami¹. La peur prend un caractère pathologique parce qu'elle remplace un désir refoulé. Ces auteurs insistent aussi beaucoup sur le phénomène qu'ils appellent « la conversion, le transfert, le déplacement ». Au premier abord, ces expressions semblent désigner quelques uns des faits que je viens de rappeler. Le souvenir d'un enfant couvert de gourme du côté gauche donne naissance à une anesthésie de la face à gauche, le souvenir du sang dans un escalier ou des fleurs rouges sur un cercueil amène une horreur douloureuse pour la couleur rouge. Nous appelions ces faits des associations psychologiques, des tendances envahissantes. M. Morton Prince en faisait ses névroses d'association. M. Paulhan dans son excellent livre sur « la synthèse mentale et les éléments de l'esprit », 1890, avait déjà très bien expliqué à ce propos la lutte des systèmes psychologiques qui se ravissent leurs éléments les uns aux autres, qui tantôt grandissent dans cette rivalité et tantôt diminuent. La conversion d'un phénomène moral en un phénomène physique ou plutôt d'apparence physique n'était qu'un cas particulier de cette concurrence des tendances. Mais il semble évident que M. Freud voit quelque chose de plus dans ce phénomène : il est frappé de leur apparence illusoire, fautive, mensongère. En réalité le sujet a été émotionné par un phénomène moral, et il nous présente à la place une paralysie ou une anesthésie qui n'ont qu'un rapport loins-

1. E. Jones, *Journal of abnormal psychology*, avril-mai 1914, p. 13.

tain, quelquefois métaphorique avec l'émotion initiale, c'est une sorte de dissimulation. Nous venons de voir que les névropathes ont souvent l'apparence de personnes qui mentent et que quelquefois ils se prennent eux-mêmes pour des menteurs. M. Freud accepte lui aussi cette interprétation facile et il considère que l'essentiel des troubles nerveux est cette transformation, cette dissimulation qui met un phénomène à la place d'un autre. C'est le refoulement qui détermine cette métamorphose : le désir, qui n'ose pas se montrer tel qu'il est même à nos propres yeux, s'exagère, prend un aspect physique à la place de l'aspect moral, devient en apparence un trouble pathologique, etc. Ce qui se passe dans le rêve où les images apparentes ne sont que le costume du « contenu latent » se passe aussi dans toutes les névroses qui sont des phénomènes du même genre que les rêves.

Cette conception du refoulement est certainement l'une des plus intéressantes de la psychologie de M. Freud. Ce phénomène doit être à mon avis entendu d'une autre manière, mais il n'en a pas moins une grande importance. Le rôle qu'il joue dans le système nous permet, je crois, de comprendre ce qu'il y a d'essentiel dans la psycho-analyse. Les symptômes pathologiques, comme les rêves eux-mêmes, sont considérés comme des phénomènes psychologiques modifiés, transformés, dissimulés par cette opération du refoulement. Ils nous présentent des apparences derrière lesquelles il faut chercher par des interprétations subtiles quelque chose de caché. C'était là une conséquence du caractère subconscient que j'avais noté dans quelques idées fixes des hystériques. Ce caractère tout particulier est attribué par l'école de M. Freud à toutes les manifestations pathologiques des névroses.

Mais pourquoi cette extension au moins singulière ? C'est parce qu'il faut à tout prix retrouver dans tout symptôme névropathique une réminiscence traumatique, un souvenir plus ou moins déformé d'un événement émotionnant. La psycho-analyse n'est pas une analyse psychologique ordinaire qui cherche à découvrir des phénomènes quelconques et des lois de ces phénomènes, c'est une enquête criminelle qui doit découvrir un coupable, un événement passé responsable des troubles actuels, qui le reconnaît et qui le poursuit sous tous les déguisements. On retrouve souvent d'ailleurs dans les articles de cette école ces comparaisons de l'étude psychologique avec une enquête crimi-

nelle et du psychiatre avec un détective. Les élèves enthousiastes avaient donc raison quand ils nous révélaient dans la psycho-analyse un point de vue nouveau, une révolution en psychiatrie. La généralisation systématique du souvenir traumatique subconscient donne à cette doctrine une originalité incontestable.

3. — LA THÉORIE SEXUELLE DES NÉVROSES.

Une autre étude est venue compléter les recherches précédentes sur les souvenirs traumatiques, c'est la partie la plus connue de la psycho-analyse, celle qui trop souvent a fait oublier les précédentes, je veux parler des recherches sur le rôle des troubles sexuels dans la pathogénie des névroses.

Depuis longtemps ce problème avait été aperçu et discuté par les médecins : Hippocrate disait déjà que l'hystérie se présente chez des femmes qui souffrent d'une insuffisance des rapports sexuels : « Nubat illa, disait-on souvent après lui, et morbus effugiet. » Pendant longtemps on rattacha les névroses à des troubles des fonctions sexuelles à un tel point que le nom même de l'hystérie parut déshonorant. Le livre de Louyer Villermay, 1816, poussait déjà cette interprétation à l'extrême. On a justement remarqué que Briquet, 1859, et Charcot ont protesté contre les exagérations ridicules de cette doctrine ; mais il n'en est pas moins vrai que ces auteurs ont parfaitement bien compris l'importance de la sexualité dans les maladies nerveuses. Ils parlent à chaque instant des névroses de la puberté ou des névroses de la ménopause, de l'influence que les maladies portant sur les organes génitaux ont sur les fonctions nerveuses et mentales, du rôle de la masturbation excessive et des perversions sexuelles ; enfin parmi les causes des accidents névropathiques ils donnent une grande place aux émotions déterminées par des accidents d'ordre sexuel, aux viols, aux grossesses dissimulées, aux abandons, aux déceptions amoureuses.

Axenfeld et Huchard parlent aussi de l'influence d'un tempérament lascif, de celle de la continence, de l'excitation sexuelle exagérée, des passions amoureuses contrariées. Nos propres observations portent sans cesse sur des névroses consécutives à des violences sexuelles, à des fiançailles rompues, etc. Une de mes premières observations que je viens justement de rappeler

ici avait rapport à une jeune fille de 23 ans devenue paraplégique pendant des années à la suite de relations sexuelles prolongées avec son père et des craintes de grossesse. Le délire curieux de possession que j'ai donné comme un exemple des idées fixes subconscientes s'est produit chez un homme qui était tourmenté par le remords d'avoir trompé sa femme. Il me semble difficile de dire que l'analyse psychologique se soit désintéressée de ce problème et qu'elle n'ait pas étudié les relations des troubles sexuels avec les névroses.

Il n'en est pas moins vrai que sur ce point encore la psychoanalyse a pris une position tout à fait originale. Pour la bien comprendre il ne faut pas oublier que les troubles sexuels sont entendus par cette école d'une manière toute particulière. Quand ces auteurs parlent de troubles sexuels, il ne s'agit pas des modifications physiques, normales ou non, portant sur les organes génitaux ou sur leurs fonctions. La puberté en elle-même comme simple modification physiologique, la ménopause, les arrêts de règles, les blennorragies, les métrites ne jouent pas dans le système de M. Freud un rôle particulièrement considérable : cet observateur sait très bien que ces phénomènes se présentent constamment chez des individus qui n'ont aucun trouble névropathique et il ne les considère pas comme particulièrement importants dans les névroses. Les phénomènes sexuels dont il s'occupe sont ceux qui ont un retentissement moral, qui agissent sur les névroses par l'intermédiaire de phénomènes psychologiques. Ici encore il faut préciser : M. Freud ne s'occupe pas particulièrement des modifications mentales générales qui sont produites dans les fonctions mentales par des phénomènes génitaux sans que le sujet s'en doute et sans qu'il ait lui-même compris leur caractère sexuel. Si un auteur parlait de dépressions mentales qui accompagnent la puberté ou la ménopause et s'il les rattachait à quelque intoxication, il ne serait pas exactement un psycho-analyste. Il s'agit dans la psycho-analyse d'événements d'ordre sexuel sans doute, mais que le sujet a compris comme tels, auxquels il a attaché de l'importance et dont il garde un souvenir pénible, capable de le troubler. En résumé il s'agit uniquement de souvenirs traumatiques relatifs à des aventures sexuelles. Une jeune fille a été très amoureuse, elle a cédé à celui qu'elle aimait et celui-ci malgré ses promesses refuse de l'épouser : cette aventure n'est pas indifférente au sujet, elle le trouble vivement

et par l'un des mécanismes que nous avons étudiés elle détermine un souvenir traumatique et une névrose. C'est là le type des troubles sexuels que la psycho-analyse veut étudier. Les masturbations, les coïts incomplets, les abstinences sexuelles ne sont intéressants que par les émotions qui les accompagnent et les souvenirs traumatiques qu'ils déterminent. Il s'agit donc en résumé de souvenirs traumatiques relatifs à des aventures sexuelles ou si l'on préfère de souvenirs traumatiques à contenu sexuel et ce sont ces phénomènes-là dont la psycho-analyse à la suite de l'analyse psychologique étudie la fréquence et le rôle dans les névroses.

Sur le premier point, la fréquence de tels souvenirs, l'école de M. Freud présente une première doctrine très nette. Au lieu de constater avec tous les observateurs précédents que l'on trouve des souvenirs traumatiques relatifs à des aventures sexuelles chez *quelques* névropathes, elle affirme, et c'est là son originalité, que l'on trouve de tels souvenirs chez *tous* les névropathes sans exception. Sans de telles aventures transformées en souvenirs traumatiques il n'y a pas de névroses. Si on ne les constate pas facilement chez tous les malades c'est que l'on n'a pas su les faire avouer au malade ou que l'on n'a pas su les découvrir au travers de ses réticences.

Chez un certain nombre de sujets, en effet, cette recherche ne présente pas de difficultés et il n'y a pas non plus grand mérite à constater ces faits. Le malade explique lui-même qu'il a été victime d'un viol, qu'il a été abandonné ou qu'il a joué un rôle dans un drame d'adultère, etc. Si le malade ne l'explique pas tout de suite, on constate facilement dans ses délires, dans ses somnambulismes, le souvenir évident d'une aventure de ce genre et personne ne peut mettre en doute son existence. Chez d'autres sujets on rencontre déjà plus de difficultés : ils ont beau remémorer les événements qui ont rempli les dernières périodes de leur vie, ils ne découvrent aucune aventure sexuelle vraiment intéressante. Il faut alors les aider à remonter en arrière, à se rappeler les détails de leurs premières impressions d'enfance. On arrive ainsi non sans peine à raviver des souvenirs graves qui se dissimulaient : quand ils étaient tout enfants à cinq ou six ans ils ont rencontré une femme enceinte, ou bien ils ont vu un chien qui couvrait une chienne ou ils ont entendu craquer le lit de

leurs parents et cela leur a causé une émotion prodigieuse à laquelle ils ne peuvent penser sans frémir. Chez d'autres la difficulté est encore plus grande : avec la meilleure volonté du monde ils ne retrouvent rien de semblable. Alors il faut étudier et interpréter leurs rêves ; un jeune homme a rêvé à trois étoiles : il s'agit évidemment d'un rêve érotique, nous explique très bien M. Mæder : « On dit d'une brillante actrice qu'elle est l'étoile du théâtre, un amant appelle son aimée son étoile, Ruy Blas est « un ver de terre amoureux d'une étoile », en Suisse les jeunes filles appellent entre elles leurs organes génitaux leur étoile. » Ou bien une jeune fille a rêvé à une barque à voile sur le lac Léman ; or sur ces barques la forme des voiles est tout à fait caractéristique, elle rappelle celle d'un poignard ou d'un objet pointu dirigé vers le ciel : l'interprétation est évidente. On interprétera plus facilement encore le rêve du serpent et surtout du serpent-chien, le rêve du jardin : « Je suis dans un grand jardin ombragé où un jardinier arrose », le rêve de la maison et de la caverne, le rêve de l'oiseau, etc. ¹. Nous serons ainsi sur la voie du souvenir traumatique à contenu sexuel.

Si cela ne suffit pas, il faudra savoir interpréter des sentiments que le malade reconnaît avoir éprouvés dans diverses circonstances. Par exemple, le malade vient-il vous dire qu'à certains moments il a formé le souhait d'être le fils d'un grand personnage, d'un roi, ou d'un grand financier au lieu d'être le fils d'un petit bourgeois. Cela est très caractéristique, cela prouve qu'il a eu à ce moment le désir de mettre son père de côté, de l'écartier en quelque sorte de sa vie. Pourquoi cela ? évidemment parce qu'il se trouvait en rivalité avec son père, parce qu'il avait un amour sexuel pour sa mère et qu'il formait dans son esprit le fameux « concept (Édipus » qui joue un rôle très important dans cette psychologie un peu spéciale ². Un jeune homme reconnaît qu'au début de sa carrière sentimentale, il a eu un sentiment tendre pour une femme plus âgée que lui : c'est bien simple, cela prouve qu'il a été amoureux de sa mère et qu'il a transféré ce sentiment sur des vieilles femmes qui étaient pour lui comme des mères supplémentaires. Un autre jeune homme reconnaît-il

1. Cf. A. Mæder, Essai d'interprétation de quelques rêves. *Archives de psychologie*, Genève, avril 1917.

2. Cf. M. Richard Wagner, Ein Beitrag zur Psychologie des Künstlerischen Schaffens. Leipzig, 1911. *American journal of psychology*, 1911, p. 420.

qu'à plusieurs reprises il s'est senti quelque amour pour des femmes coquettes et peu vertueuses. L'interprétation est bien simple : il avait autrefois, c'est évident, une passion amoureuse pour sa mère et il a appris avec désespoir la nature des relations qui existaient entre sa mère et son père ; le « complexe Œdipe » est devenu actif et il a souhaité que sa mère devienne infidèle à son père, probablement à son bénéfice. C'est à cause de ce roman d'enfance que bien des hommes ont un faible pour les femmes coquettes et de mauvaise vie¹.

D'ailleurs, s'il le faut on interprétera de la même manière des phénomènes plus simples. Le sujet a-t-il eu dans son enfance l'habitude de faire des pâtés de sable ou auparavant celle de sucer son pouce, cela suffit pour indiquer de précoces perturbations sexuelles. Un peu plus tard le goût du piano a un rapport très étroit avec la masturbation². Il faut donc se défier en particulier des sensations et des sentiments relatifs à l'anus chez les petits enfants, on sait que « l'anus est une zone érotique parcellaire » qui peut se développer indépendamment des autres : « Les entérites qui sont fréquentes dans la première enfance surexcitent cette zone et préparent les névroses spéciales ». M. Kurt Mendel exprime d'une façon un peu ironique sans doute mais très saisissante ce souci des « Freudians » d'interpréter les phénomènes relatifs à l'anus des petits enfants : « Peut-être, dit-il à son enfant, tu n'as pas voulu aller sur le pot avant de te coucher, tu as refusé de vider ton rectum parce que tu espères tirer une jouissance voluptueuse de la défécation, voilà pourquoi tu prends plaisir à retenir tes excréments »³. Je ne puis malheureusement insister sur ces interprétations qui sont très nombreuses et très ingénieuses dans les ouvrages de cette école, il me suffit d'avoir indiqué par ces quelques exemples comment on parvient à établir malgré les dissimulations et les oublis du sujet l'existence chez tous les névropathes d'un souvenir traumatique avec un contenu sexuel.

Sur le second problème relatif au rôle que ces troubles sexuels

1. S. Freud, *Beiträge zur Psychologie des Liebes Lebens, Jahrbuch für psychoanalytische Forschungen*, 1910.

2. E. Jones, The pathology of morbid anxiety, *The Journal of abnormal psychology*, juillet 1911, p. 103.

3. G. Laflamme, Névroses et sexualité, *L'Épileptique*, 1913, p. 163.

et ces souvenirs ont pu jouer dans la maladie, l'école de M. Freud présente également une doctrine qui lui est propre. Elle affirme que dans tous les cas de névrose ces troubles sexuels et ces souvenirs ne sont pas une des causes de la maladie, mais sont la cause essentielle et unique de la maladie. De même que la syphilis est aujourd'hui considérée comme la cause spécifique du tabes et de la paralysie générale, ces troubles sexuels et ces souvenirs sont la cause spécifique des névroses.

La démonstration de cette thèse séduisante par sa simplicité est donnée de différentes manières. Quelquefois elle est faite par un rapprochement, une comparaison des symptômes que l'on observe dans la maladie avec les phénomènes qui existent dans les phénomènes sexuels. Examinons, par exemple, le phénomène de l'angoisse, si fréquent dans une foule de troubles névropathiques, en particulier chez les psychasténiques. Cette angoisse, qui constitue pour M. Freud, 1895, une maladie spéciale, présente divers symptômes, les troubles respiratoires, les palpitations, les modifications de la coloration de la face, la sueur, la sécheresse de la bouche, les contractions péristaltiques de certains muscles qui sont tout à fait identiques aux phénomènes caractéristiques de la jouissance sexuelle. Aussi son explication est-elle toute naturelle : l'angoisse est une jouissance sexuelle incomplète, une jouissance manquée apparaissant chez des individus qui ont pris la mauvaise habitude de l'arrêter avant la fin de son développement. Quand, pour diverses raisons, le désir sexuel ne peut pas suivre son cours naturel, quand il est détourné de son but par des restrictions morales, par le célibat, par les pratiques du coit incomplet, etc., il est refoulé et alors il agit subconsciemment et se manifeste par les troubles de l'angoisse.

Le plus souvent la démonstration du rôle des troubles sexuels et de leur souvenir se fait par une méthode que je pourrais appeler la construction symbolique dans laquelle on applique les principes précédemment établis sur le refoulement et le transfert. Un symptôme pathologique étant donné, on cherche de quelle manière ce symptôme pourrait être construit si on prenait pour point de départ de la construction un trouble sexuel en le transformant par le transfert et le refoulement ; si cette construction arrive à nous fournir quelque chose qui semble analogue au symptôme considéré, nous dirons que ce symptôme a réellement eu pour origine le trouble sexuel transformé.

Cette méthode ingénieuse ne peut être bien comprise que si on étudie quelques exemples. Constate-t-on des troubles de la sensibilité, des anesthésies, des troubles de la vision, il faut simplement rechercher de quelle manière un trouble sexuel, la honte d'une faiblesse sexuelle, par exemple, *peut* produire des troubles de la vision. Nous comprenons bien que diverses sensations, en apparence distinctes des fonctions sexuelles, peuvent cependant s'associer avec elles. De même que la bouche ne sert pas seulement à manger, mais aussi à embrasser, les yeux ne servent pas seulement à diriger nos pas, ils peuvent aussi nous montrer les traits d'une personne aimée. Quand il y a honte d'un événement sexuel, il y a un refoulement de la tendance sexuelle et la curiosité sexuelle des yeux est réprimée et refoulée en même temps. Cela amène un trouble grave dans les relations de la vision avec la conscience : le moi, à la suite d'un refoulement qui a été excessif, perd sa domination sur les yeux et maintenant la vision entière, restée au service de la sexualité refoulée, est passée dans le subconscient. C'est ainsi que la légende de Lady Godiva nous explique très clairement la cécité hystérique : Cette belle dame avait été condamnée à passer nue au travers des rues, les habitants de la ville s'imposèrent l'obligation de clore leurs volets, de fermer les yeux pour ne pas la voir, ils se rendaient aveugles par une délicate courtoisie. Qui donc pourrait résister à une explication aussi poétique¹ ?

Voici d'autres applications de la même méthode de démonstration simplement à titre d'exemples. Constate-t-on qu'une femme a peu de disposition pour l'acte d'amour et qu'elle est plutôt frigide. C'est bien simple : elle a eu, quand elle était adolescente, une passion coupable pour son père (voyez concept (Édipus) et elle a violemment réprimé ces sentiments incestueux. La répression a été trop grande et maintenant elle conserve cette attitude de froideur toute sa vie². Un homme manifeste-t-il des tendances homo-sexuelles il ne faut pas chercher bien loin une explication qui est fort simple. C'est qu'il a eu au début de sa vie un grand amour pour sa propre mère. Au premier abord on peut être surpris que cet amour pour sa mère ait déterminé maintenant un amour pour

1. S. Freud, *Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung*, 1910.
R. Acher, Recent Freudian literature, *American journal of psychology*, 1911, p. 426.

2. J. Sadger, *Aus dem Liebesleben Nicolais Lemm*, *Schriften zur angewandten Seelenkunde*, 1909, Heft 1, p. 137.

les jeunes garçons, mais cela est cependant bien simple. Les petits garçons se figurent toujours que leur mère a un organe mâle identique au leur, les anciennes divinités hermaphrodites étaient des représentations féminines avec des organes mâles surajoutés, exactement comme les enfants se représentent leur mère, l'enfant ne fait sur ce point que récapituler les anciennes croyances de la race. Si cette explication ne satisfait pas on peut la présenter autrement : beaucoup d'individus qui ont eu ainsi une tendresse excessive pour leur mère ont refoulé ce sentiment. Le refoulement excessif les rend désormais incapables d'aimer des femmes et ils deviennent par excès de vertu des pervers, des homo-sexuels. Cette explication vous déplaît-elle, on va immédiatement la remplacer par une autre : un des grands avantages de ces démonstrations symboliques, c'est que l'on peut très aisément les varier à l'infini. L'enfant a eu pour sa mère un amour sexuel si intense qu'il en est arrivé à s'identifier avec elle, à se confondre avec elle, à posséder les sentiments qu'elle avait elle-même. Or cette mère avait de l'amour pour son enfant, c'est-à-dire pour lui, pour un garçon, donc puisqu'il a les sentiments de sa mère il aura de l'amour pour un garçon. Le garçon qu'il aime est simplement un souvenir de sa propre personne infantile qu'il aime comme sa mère l'aimait lui-même dans son enfance, il aime ce garçon en s'aimant lui-même, c'est une sorte de Narcissisme. De cette manière il reste fidèle à sa mère en aimant un garçon, tandis qu'il lui serait infidèle en aimant une femme¹. On peut étudier ainsi tous les symptômes névropathiques quels qu'ils soient, on démontrera facilement par la méthode des constructions symboliques qu'ils sont tous des conséquences plus ou moins directes de souvenirs sexuels lointains maladroitement refoulés.

Ces études sont susceptibles d'une grande précision : elles peuvent montrer que certains incidents de la vie sexuelle conduisent à tel ou tel symptôme pathologique. On a constaté, en effet, que l'aventure dangereuse a eu lieu le plus souvent dans la première enfance. « Si l'événement sexuel originaire n'a pas eu lieu avant la huitième année, jamais l'hystérie n'éclatera par la suite. La trace de ce premier traumatisme sexuel est d'abord inoffensive. Plus tard à la puberté éclate un conflit entre l'instinct

1. S. Freud, *Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci*. Wien, 1910; R. Acher, *op. cit.*, 1911, p. 414.

génital et la morale sociale. Ce conflit amène un refoulement dans le subconscient de diverses scènes sexuelles auxquelles a assisté le jeune homme ou la jeune fille et la névrose apparaît. Celle-ci prend des formes différentes suivant la nature du traumatisme initial. Si l'enfant a subi, avant l'âge de huit ans, bien entendu, des agressions d'ordre sexuel, si dans l'aventure sexuelle il a eu un rôle passif, la névrose prendra plus tard la forme de l'hystérie. Si au contraire l'enfant a eu dans ces premières aventures le rôle actif, s'il a été l'agresseur, la névrose prendra la forme des obsessions et des phobies, elle sera plutôt la psychasténie. C'est pour cela, paraît-il, que l'hystérie est plus fréquente chez les femmes, la psychasténie chez les hommes. (?) Dans son étude « Zur Ätiologie der Hysterie », 1896, M. Freud déclarait que ces découvertes pathogéniques seraient pour la neuro-pathologie ce qu'a été pour la géographie la découverte des sources du Nil, c'est-à-dire la plus grande découverte de cette science au XIX^e siècle. Les autres névroses d'ailleurs ont également des causes précises, la neurasthénie a pour cause unique la masturbation, la névrose d'angoisse a pour cause le coït incomplet ou l'abstinence exagérée, etc. Ces interprétations permettent donc un diagnostic très exact.

Il est juste de remarquer que plus tard en 1905, M. Freud reconnaît qu'il a été trompé sur quelques points par les réminiscences inexactes de certains malades et il ne semble plus donner aux diverses névroses une étiologie aussi précise : il semble avoir renoncé à la découverte des sources du Nil, nous dit M. Ladame¹. Mais il maintient toujours le principe fondamental c'est que « dans une vie sexuelle normale, une névrose est impossible ». Il continue à donner aux névroses et même à certaines psychoses comme la démence précoce une cause unique et vraiment spécifique, c'est-à-dire un trouble sexuel causé par une aventure qui se conserve sous la forme d'un souvenir traumatique.

Parmi les critiques qui se sont préoccupés de comprendre l'évolution des idées qui ont constitué le système de la psychanalyse plusieurs se sont étonnés de ces doctrines relatives à la sexualité : ils se sont demandé pourquoi M. Freud voyait toujours et partout des événements sexuels et plusieurs d'entre eux ont

1. Ladame, Sexualité et névroses, *L'Esprit Nouveau*, 1913, p. 71.

essayé d'expliquer cette singulière illusion. M. Aschaffenburg suppose que M. Freud interroge ses malades sur leur vie sexuelle d'une manière particulièrement impressionnante, qu'il les suggestionne en quelque manière et leur fait répondre tout ce qu'il veut, qu'il prend au sérieux le moindre mot si banal qu'il soit, pourvu qu'il ait rapport au sexe, qu'il l'arrête au passage, le cloue et le fait entrer dans une constellation mentale qu'il fabrique¹. M. Friedlander et M. Ladame proposent une explication plus curieuse, c'est qu'il y a à Vienne une atmosphère sexuelle spéciale, une sorte de génie, de démon local qui règne épidémiquement sur la population et que dans ce milieu un observateur est amené fatalement à accorder une importance exceptionnelle aux questions relatives à la sexualité².

Ces remarques contiennent probablement toutes les deux de la vérité, je crois cependant que pour comprendre cette doctrine il est bon d'y ajouter encore une autre réflexion. Cette importance accordée aux événements sexuels résulte logiquement si je ne me trompe du caractère des premières études de M. Freud ; comme nous l'avons vu, cet auteur a essayé de transformer d'une manière originale les conceptions de l'analyse psychologique sur les souvenirs traumatiques et sur la subconscience en les généralisant démesurément. Quand on est décidé à retrouver chez tous les névropathes un souvenir d'une aventure émotionnante, capable de bouleverser la conscience, quand on admet à priori que ce souvenir sera toujours plus ou moins refoulé, dissimulé sous des symboles et des métaphores et qu'il ne sera exposé par le malade qu'avec des réticences et des efforts, on arrive à peu près forcément à la découverte de secrets d'alcôve. Dans notre civilisation les événements qui ont le plus souvent déterminé des émotions petites ou grandes, les faits dont les hommes et les femmes n'aiment pas d'ordinaire à parler librement, qu'ils expriment par des allusions, avec des mots latins qui bravent l'honnêteté, ce sont toujours les aventures de la vie sexuelle. La manière dont M. Freud avait compris le souvenir traumatique et les idées fixes subconscientes l'a conduit à donner cette grande importance à ces aventures sexuelles racontées à demi-mot. Il ne faut pas être surpris s'il a apporté dans cette étude sa méthode

1. G. Aschaffenburg, Die Beziehungen des sexuellen Lebens zur Entstehung von Nerven und Geisteskrankheiten, *Munchener medicinische Wochenschrift*, 2 sept. 1906.

2. Ladame, Névroses et sexualité, *L'Encéphale*, février 1913, p. 160.

d'interprétation ingénieuse et de généralisation hardie. Aussi croyons-nous qu'il faut résumer cette nouvelle étude de la même manière que les précédentes. L'analyse psychologique avait constaté à titre d'observation et d'hypothèse le rôle considérable de la sexualité dans les névroses; la psycho-analyse a transformé cette notion et en a fait, si je puis emprunter un mot de M. Ladame, le dogme de la pansexualité¹.

4. — LE PROBLÈME DES TROUBLES SEXUELS DANS LES NÉVROSES.

Arrêtons-nous d'abord sur cette dernière expression des théories de M. Freud, sur sa théorie sexuelle des névroses. Ce problème n'est pas sans importance, car cette thèse, si elle était entièrement acceptée, orienterait dans une direction toute particulière la thérapeutique des névropathes.

Sur le premier point, la fréquence des souvenirs traumatiques de contenu sexuel, il n'y a pas lieu d'insister longuement. L'analyse psychologique a toujours admis que les névropathes avaient fréquemment des troubles sexuels, des aventures sexuelles et qu'ils conservaient souvent à propos de ces aventures et de ces troubles des souvenirs pénibles et dangereux. Tous les médecins ont entendu des névropathes hommes ou femmes se plaindre qu'ils ont été bouleversés par une déception amoureuse, qu'ils sont très frappés par le souvenir d'un échec sexuel, qu'ils croient être devenus impuissants, etc. Tous les auteurs ont publié des faits semblables et M. Freud est simplement d'accord avec eux quand il décrit à son tour des perturbations génitales.

La différence entre les deux conceptions est simplement une différence de degré, mais cette différence est capitale. Dans tous les cas où M. Freud dit : « tous les malades » l'analyse psychologique ordinaire dit : « quelques malades, un grand nombre de malades ». Nous retrouvons encore ici l'opposition entre la généralisation illimitée et la constatation précise. Pour comprendre ces restrictions il faut s'entendre sur le mot « aventure sexuelle ». En effet, il est incontestable que dans un certain sens tout le monde a eu des aventures sexuelles, surtout si on se permet les interprétations symboliques. La naissance d'un petit frère,

¹ P. Ladame, *op. cit.*, I. *Encéphale*, (1913), p. 74.

les premières règles, la première éjaculation, une déception amoureuse, l'audition d'un cancanage quelconque sur un mari infidèle, etc., etc., tout peut être appelé une aventure sexuelle. Et il est bien évident que tout le monde ayant eu de cette façon des aventures sexuelles, les névropathes en ont eu aussi. Mais cette constatation banale n'apprend rien au médecin sur l'étiologie des névroses, puisqu'elle est la même pour les malades et pour les individus bien portants. Il s'agit donc d'une aventure sexuelle assez grave pour avoir troublé le sujet pour lui laisser un souvenir pénible, souvenir capable de déterminer encore maintenant de l'émotion, de la fatigue et des troubles psychologiques. Si on entend le mot dans ce sens l'analyse psychologique, à l'inverse de la psycho-analyse, constate que tous les névropathes n'ont pas eu de telles aventures sexuelles et n'observe de tels souvenirs traumatiques que chez un nombre restreint de malades.

La proportion des névropathes chez qui on découvre des troubles de ce genre est assez difficile à préciser, d'abord parce que l'observation n'a pas toujours été dirigée précisément dans ce sens et ensuite parce que ce nombre doit être fort variable suivant le milieu dans lequel on observe. M. Oppenheim, 1910, n'admettait qu'une faible proportion de malades accusant nettement des troubles sexuels ; il est vrai que cet auteur se préoccupait surtout du problème que nous aborderons tout à l'heure, le problème du rôle des troubles sexuels et qu'il comptait seulement les malades chez qui les troubles sexuels avaient réellement déterminé la maladie. M. Loewenfeld et M. Ladame semblent disposés à reconnaître plus souvent de tels troubles, dans les trois quarts des cas. Récemment Déjerine dans son livre sur les psycho-névroses¹ constate des préoccupations sexuelles 22 fois sur 100 cas. Je n'ai pas fait de statistique précise, mais je me rapprocherai plutôt du chiffre de MM. Loewenfeld et Ladame et je dirais volontiers que l'on constate des souvenirs pénibles de contenu sexuel et des troubles sexuels chez les trois quarts de ces malades en me réservant d'apprécier tout à l'heure l'importance du rôle que ces phénomènes ont pu jouer dans la maladie. Le chiffre exact importe peu d'ailleurs, car je le crois fort variable.

1. Déjerine et E. Gauckler, *Les manifestations fonctionnelles des psycho-névroses*, 1911, p. 344.

Si M. Freud nous disait simplement que ses propres statistiques donnent des chiffres plus élevés, que dans le pays où il observe les préoccupations génitales et les troubles sexuels sont plus fréquents que dans les autres contrées, je me garderais bien de le contredire : j'ai toujours pensé que Paris avait sur ce point une réputation usurpée.

La seule chose qui me paraît importante, c'est que nous n'observons pas de tels troubles chez tous les névropathes sans exception et que le souvenir traumatique de contenu sexuel n'est pas chez eux constant et nécessaire comme la syphilis chez le tabétique. C'est ce que l'on peut mettre en évidence par la plus simple observation. L'analyse psychologique soutient que l'on peut observer assez fréquemment de grands névropathes qui ne se plaignent en aucune façon de leurs fonctions sexuelles et qui de quelque manière qu'on les examine ne conservent aucun souvenir pénible relatif à une aventure sexuelle bien déterminée. Je rappelle simplement à titre d'exemple une observation qui me semble très nette, celle d'une jeune femme que j'ai décrite autrefois sous le nom d'Irène¹. Cette jeune femme, que j'observe depuis plus de dix ans, a présenté les phénomènes de l'hystérie la plus grave et la plus prolongée, fille d'un père alcoolique mort en delirium tremens et d'une mère psychasténique grave, morte de tuberculose pulmonaire, épuisée par la misère, l'excès de travail et de veilles, troublée par de terribles émotions au moment de la mort vraiment dramatique de sa mère, elle a eu successivement depuis dix ans tous les troubles névropathiques les plus graves. Eh bien quoique je l'aie toujours suivie attentivement et que je connaisse toutes ses pensées dans tous les états psychologiques, je puis affirmer qu'elle n'a jamais eu de troubles sexuels proprement dits, ni d'aventures sexuelles qui l'aient impressionnée. Elevée comme ouvrière dans un milieu peu sévère elle a connu de bonne heure tous les phénomènes sexuels sans y attacher d'importance : elle est capable d'avoir des sensations génitales normales sans les trop rechercher et sans les mépriser. Il est difficile d'imaginer une vie sexuelle plus normale et cependant c'est une des plus grandes hystériques que je connaisse. La même observation peut se faire sur beaucoup de malades hyste-

1. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de psychologie normale et pathologique*, septembre 1924. *État actuel des connaissances*, n° 11000, 1924, p. 306.

riques, elle peut être reproduite sur des psychasténiques qui sont obsédés ou phobiques à propos d'autres faits, mais qui sont tout à fait corrects au point de vue sexuel. L'existence de pareils individus, à supposer même qu'ils soient rares, me paraît incontestable, elle est absolument niée par l'école de M. Freud pour laquelle la névrose ne peut pas coexister avec une vie sexuelle normale. Voilà une différence très nette entre l'analyse psychologique et la psycho-analyse.

Un autre point est encore important et accuse cette opposition : Une analyse psychologique impartiale constate chez les névropathes d'autres troubles et d'autres souvenirs traumatiques qu'il n'est pas légitime de confondre avec des souvenirs d'aventures sexuelles. Comme je le disais autrefois dans mes études sur le traitement psychologique de l'hystérie : « Les émotions d'ordre sexuel existent évidemment, elles sont naturelles si l'on songe qu'il s'agit des sentiments les plus fréquents et les plus vifs, les plus fertiles en émotions de toute espèce. Mais il faut remarquer d'abord qu'il ne s'agit pas toujours de véritables excitations génitales, l'amour étant un sentiment très complexe qui peut revêtir bien des formes. Ensuite il faut reconnaître que les accidents hystériques ont très souvent pour origine des idées fixes de nature très différente. Celle-ci est inconsolable de la mort de sa mère ou de la mort de son enfant, celle-là d'une accusation de vol portée contre elle, etc. Faut-il rappeler les innombrables hystéries traumatiques déterminées par le souvenir obsédant d'un choc, d'un accident quelconque. En un mot tous les souvenirs, toutes les pensées capables de provoquer des émotions fortes et durables peuvent jouer le rôle d'idées fixes et devenir le point de départ des accidents hystériques. On doit seulement remarquer que suivant l'âge, l'éducation, la situation sociale du malade, certaines idées fixes sont plus fréquentes les unes que les autres¹. » Il faudrait commencer par éliminer toutes ces autres émotions, il faudrait démontrer rigoureusement et non par des constructions symboliques qu'elles sont réellement identiques à des émotions sexuelles, pour ne tenir compte que de celles-ci et l'analyse psychologique croit cette démonstration tout à fait impossible.

Bien au contraire nous sommes disposés à croire que parmi

1. Traitement psychologique de l'hystérie, dans le *Traité de thérapeutique* de A. Robin, 1898, XV, p. 149 ; *État mental des hystériques*, 2^e édition, 1911, p. 629.

ces autres aventures et ces autres souvenirs se trouvent des phénomènes extrêmement importants dont il faut tenir autant de compte que des émotions sexuelles elles-mêmes. Récemment M. I.-H. Coriat (de Boston) trouvait intéressant de faire jouer dans certains cas un rôle aux systèmes psychologiques relatifs au dégoût¹. M. Boris Sidis² accordait une plus grande importance aux tendances relatives à la peur : il commençait son article par le beau mot de R. Kipling : « Fear walks up and down the jungle by day and by night », il rappelait que la peur a dû jouer jadis un grand rôle dans le monde et que le passage de la brute à l'homme suivant une pensée de W. James est caractérisé par la décroissance des occasions de la peur. Il proposait de placer souvent des exagérations de l'instinct de la peur à la base des troubles psychopathiques. On pourrait aisément avec cette pensée fort juste construire tout un système analogue à celui que M. Freud a construit avec les instincts sexuels. Je serais disposé aujourd'hui à ajouter d'autres faits ayant rapport à des tendances peu connues, mais qui à mon avis jouent dans la conduite humaine un rôle considérable, les tendances à fuir la dépression et à rechercher l'excitation. Les troubles de ces tendances deviennent le point de départ d'un grand nombre d'idées obsédantes et impulsives, comme j'ai souvent essayé de le montrer. L'étude de ces diverses tendances, capables toutes de donner naissance à des aventures, à des émotions et à des souvenirs au lieu de l'examen unique des tendances sexuelles est encore un des caractères qui séparent l'analyse psychologique de la psycho-analyse.

Les auteurs qui raisonnent de cette manière s'exposent à une objection et sont sévèrement critiqués par les psycho-analystes convaincus. M. J.-E. Donley³ et M. I.-H. Coriat avaient eu l'audace d'observer que leurs malades avaient d'autres préoccupations d'ordre sexuel. M. I.-H. Coriat avait suivi son malade pendant un an et demi, il avait analysé toute sa conduite, il avait même étudié ses rêves et à son grand étonnement il n'avait trouvé ni phénomènes de conversion, ni idées fixes de contenu sexuel. Ces remarques subversives ont été vertement condamnées et

1. I. H. Coriat (de Boston), Discussion of the Symposium, *Journal of abnormal psychology*, juillet 1911, p. 167.

2. Boris Sidis, Fear, anxiety and psychopathic maladies, *Journal of abnormal psychology*, juillet 1911, p. 110.

3. J. E. Donley, Freud's anxiety neurosis, *J. of abnormal psych.*, 1911, p. 110.

on a déclaré à leur auteur que de telles études ne signifiaient absolument rien : « Vous n'avez pas appliqué la méthode, la seule, la vraie, vous n'avez pas pris la lunette de Galilée ; si vous aviez fait la psycho-analyse du sujet vous auriez trouvé en lui une foule de troubles sexuels, d'aventures génitales et de souvenirs traumatiques. » Entendons-nous : si la méthode de la psycho-analyse consiste à trouver à tout prix, même en se permettant les interprétations les plus invraisemblables et les plus saugrenues des idées fixes sexuelles, il est évident que ces auteurs et moi-même nous n'avons pas fait de psycho-analyse. Mais avons-nous eu tort de n'en pas faire ? Cette méthode d'interprétation sexuelle à outrance est justement ce qui est en discussion. Avant d'exiger son application perpétuelle à tort et à travers, il faudrait commencer par démontrer sa légitimité, par montrer sans interprétation la généralité des traumatismes d'ordre sexuel dans les névroses. A moins de tomber dans le cercle vicieux le plus manifeste, nous devons rechercher ces troubles sexuels sans psycho-analyse par le moyen de l'analyse psychologique ordinaire et selon les règles de cette méthode banale, nous n'avons pas le droit de les inventer. De quel droit nous imposerait-on une méthode que nos observations contribuent justement à discréditer. M. Oppenheim (de Berlin), 1910, disait que la psycho-analyse est une méthode moderne de torture, le mot est gros, car les auteurs ne torturent que leur propre imagination. « Il ne faut pas, disait M. I.-H. Coriat, pousser l'analyse jusqu'au point où la logique et la raison sont remplacées par l'imagination de celui qui analyse¹. » Pour nous cette méthode a surtout été une méthode de construction symbolique et arbitraire, elle montre comment les choses *pourraient* s'expliquer dans le cas où l'origine sexuelle des névroses serait définitivement admise, il n'y a pas lieu de l'appliquer tant que ce principe n'a pas été démontré. Les observations précédentes conservent leur valeur et mettent en évidence la différence qui existe entre les deux doctrines à propos de la fréquence des souvenirs traumatiques d'ordre sexuel dans les névroses.

Cette première discussion n'est pas suffisante, car nous recon-

1. I. H. Coriat, A contribution to the psychopathology of hysteria. *Journal of abnormal psychology*. 1911, p. 60.

naïssons que dans les trois quarts des cas il y a réellement des troubles sexuels et des préoccupations des malades relatifs à ces troubles. Il faut maintenant rechercher quelle place l'analyse psychologique fait à ces troubles dans l'ensemble de la maladie.

Dans quelques cas, nous n'avons pas d'hésitations. On voit que la maladie commence nettement peu de temps après l'aventure sexuelle et qu'il n'y avait aucune trace de ces troubles maladiés avant l'émotion sexuelle. On voit que la guérison de la maladie commence par la guérison de la fonction sexuelle, les autres troubles ne disparaissent qu'après les troubles de cette fonction. On n'obtient de modifications des symptômes pathologiques qu'en agissant sur les idées et sur les actes sexuels. En un mot les applications les plus correctes des méthodes d'induction nous montrent que les phénomènes sexuels sont l'antécédent des troubles névropathiques. Nous admettrons donc que dans ces cas l'aventure sexuelle a déterminé non seulement un souvenir, mais une grande émotion et un épuisement avec abaissement de la tension psychologique et qu'elle a bien été le point de départ de la maladie. Tout au plus pourrions-nous remarquer que le caractère nocif de l'aventure est dû aux émotions et aux épuisements qu'elle détermine plutôt qu'à son caractère sexuel proprement dit. Mais peu importe, nous sommes ici d'accord avec M. Freud pour rattacher le début de la maladie à l'événement sexuel. D'ailleurs, tous les auteurs étaient d'accord depuis longtemps pour admettre l'existence de faits de ce genre.

Mais faut-il comprendre de la même manière toutes les observations de beaucoup les plus nombreuses où nous voyons des troubles sexuels apparaître à un moment quelconque de la maladie, disparaître irrégulièrement tandis que la maladie persiste, dans lesquels en un mot le déterminisme des phénomènes n'est pas du tout manifeste. M. Freud nous dit que dans tous ces cas nous devons toujours considérer les troubles sexuels comme primordiaux et essentiels simplement parce qu'on peut voir une certaine analogie entre les symptômes de la maladie et des phénomènes sexuels : ainsi l'angoisse ressemble dans quelques-unes de ses manifestations extérieures à la jouissance du coït, donc l'angoisse doit être un trouble sexuel. De vagues analogies de ce genre n'ont jamais été admises comme des preuves suffisantes d'un déterminisme, elles pourraient d'ailleurs être interprétées de manière toute différente. L'angoisse ressemble aussi à la peur

ou à la surprise, ou aux troubles des maladies cardiaques, si on ne se guide que par l'analogie auquel de ces troubles faudra-t-il la rattacher? Ce qui est important ce sont les conditions dans lesquelles se présente l'angoisse. J'ai essayé de montrer qu'elle apparaît chez des individus déprimés, incapables d'exécuter correctement certains phénomènes psychologiques de haute tension. C'est pourquoi j'ai été amené à supposer qu'elle est une décharge, une dérivation intéressant les appareils des fonctions organiques qui se produit quand les phénomènes supérieurs ne peuvent pas s'exécuter. Diverses observations et diverses expériences sur la production et la suppression de l'angoisse semblent confirmer cette simple hypothèse¹. Quoi qu'il en soit, une chose paraît certaine c'est que l'angoisse apparaît à propos d'une insuffisance portant sur un acte quelconque et non pas uniquement à la suite des insuffisances sexuelles. L'analogie vague des symptômes avec des phénomènes sexuels n'est pas une raison suffisante pour donner la prépondérance à ces phénomènes sexuels dans l'interprétation de la maladie.

Bien entendu nous ne considérerons pas non plus comme démonstratives les analogies apparentes obtenues par les constructions symboliques. Dire qu'un phénomène peut à la rigueur s'expliquer par une de ces constructions, cela ne prouve pas du tout qu'il doive s'expliquer par cette construction et qu'il ne puisse pas s'expliquer par une autre. En réalité il n'y a aucune démonstration qui permette de généraliser ce rôle des phénomènes sexuels, il s'agit uniquement de constructions imaginaires que nous pouvons adopter ou non suivant nos préférences.

Mais malheureusement nous nous trouvons en présence d'une difficulté qui a été indiquée depuis longtemps par l'analyse psychologique et qui ne nous laisse pas tout à fait libres de suivre sur ce point nos préférences. Reprenant une idée qui avait déjà été présentée souvent par les anciens aliénistes, j'ai essayé d'expliquer dans mon livre sur les obsessions, 1903, que nous connaissions au moins en partie le déterminisme des troubles sexuels de certains névropathes. Dans bien des cas on peut établir que ces troubles sexuels au lieu de causer toute la maladie nerveuse en sont au contraire la conséquence et l'expression². Je

1. *Obsessions et psychasténie*, 1903, I, pp. 224-233, 561-566, 736.

2. *Ibid.*, 1903, I, p. 623.

vois qu'aujourd'hui M. Fr. Lyman Wells adopte cette manière de voir : « La vie sexuelle, dit-il, est dans notre civilisation assez difficile et elle devient une des pierres de touche de la puissance d'adaptation mentale. Les désordres de la conduite sexuelle sont une des manifestations les plus fréquentes et les plus inévitables des maladies nerveuses¹. » M. Ladame rappelle l'opinion de plusieurs auteurs qui comprennent également les choses de cette manière et paraît adopter les mêmes conclusions².

Comme ce point présente ici une assez grande importance, je demande la permission de reprendre quelques-unes de mes anciennes études à ce sujet. Après avoir montré que la vie sexuelle du psychasténique est bien souvent troublée, j'ajoutais que les uns le constatent avec résignation et que les autres s'en irritent et font des efforts désespérés et ridicules pour retrouver le Paradis perdu, ce qui détermine une foule d'obsessions de caractère sexuel. « J'admets donc, disais-je, les faits signalés par M. Freud (les préoccupations sexuelles chez les obsédés) mais je crois qu'il faut les interpréter autrement. M. Freud considère le trouble sexuel, par exemple une satisfaction génitale insuffisante, comme le fait primitif, résultant des circonstances extérieures ou de la conduite volontaire du malade et il admet que c'est cette insuffisance accidentelle des satisfactions génitales qui détermine de toutes pièces la névrose considérée comme postérieure. Pour moi, ces insuffisances sont loin d'être primitives et de dépendre des circonstances... Même dans la masturbation, même dans le coït réservé, à plus forte raison dans le coït normal ces personnes pourraient trouver une satisfaction suffisante si elles étaient normales. Mais elles ne le sont pas et ces insuffisances de la jouissance sexuelle ne sont qu'une manifestation, un cas particulier de leurs insuffisances psychologiques. C'est parce qu'elles deviennent de plus en plus incapables de pousser un phénomène psychologique jusqu'à son terme qu'elles s'arrêtent à moitié chemin dans cette action comme dans les autres. »

Cette opinion que je soutenais il y a quelques années me semble encore la plus vraie aujourd'hui et beaucoup d'observations nouvelles viennent la confirmer. On peut constater chez bien des malades de véritables obsessions amoureuses, accompa-

1. Fr. Lyman Wells. *Critique of impure reason, A Journal of psychol.*, juin 1910.

2. Ladame, *Névroses et sexualité, L'Esophale*, 1913, p. 65.

guées même de gestes érotiques et d'agitation sexuelle sans qu'il y ait réellement au point de départ un trouble sexuel proprement dit. Ces malades manifestent perpétuellement leur tendresse, ils cherchent sans cesse à se faire remarquer, ils ne rêvent qu'à des caresses et semblent « constamment tendre vers quelque chose qu'ils attendent avec impatience, comme s'ils aspiraient à l'amour ». Il ne faut pas s'y tromper et attribuer tout cela à des besoins génitaux inassouvis. Ces attitudes dépendent au fond de la peur terrible de l'isolement, des besoins impulsifs d'aimer et d'être aimé qui sont en rapport avec le besoin de direction, le besoin d'excitation et les sentiments d'incomplétude qui accompagnent les dépressions. Ces obsessions amoureuses sont l'équivalent des obsessions autoritaires, des obsessions de jalousie ou tout simplement des impulsions à prendre de l'alcool ou de la morphine. Elles alternent chez les mêmes malades avec des impulsions à rechercher les toxiques excitants, elles apparaissent avec les crises de dépression et disparaissent dès que la tension psychologique se relève. On commettrait une grande erreur en les considérant comme primitives et en les rattachant à quelque traumatisme sexuel ancien ou récent tandis qu'elles ne sont qu'une expression de la dépression elle-même.

D'autres malades semblent au contraire souffrir d'une grande frigidité génitale : ils se plaignent de ne jamais arriver à la jouissance complète, de n'avoir que des satisfactions insuffisantes et ils sont tout disposés à croire, comme le médecin psycho-analyste, que cette frigidité, ces coïts incomplets sont la cause primitive et essentielle de leur maladie nerveuse. L'observation suivante me paraît à ce propos intéressante : Une femme de 30 ans, Newy, récemment mariée et déjà enceinte, est toujours restée complètement indifférente aux caresses de son mari. « Mon mari n'est pas pour moi ce qu'il devrait être, répète-t-elle, c'est là ce qui me rend si malade : Je ne sens rien quand je suis près de lui, il y a un vide entre nous deux. Il n'arrive pas à faire que je puisse l'aimer... Moi qui avais tellement le désir de me marier, je n'éprouve rien dans le mariage et j'ai maintenant l'idée de quitter mon mari, de me sauver n'importe où... Cela m'énerve de ne sentir rien, d'être comme un morceau de bois et c'est là ce qui me rend malade. »

Remarquons d'abord que le trouble est beaucoup plus général que ne le pense la malade. Tous les sentiments sont troublés,

remarquons seulement le trouble curieux du sentiment de propriété : « Rien n'est à moi dans cet appartement... je ne suis chez moi dans aucune de ces chambres, elles me semblent étrangères et comme mortes. Ces costumes, ces robes que l'on m'a achetées depuis le début des fiançailles ne sont pas à moi... Si je l'osais, je rechercherais mes vieilles robes et je les mettrais, car celles-là sont à moi... Si j'essaye aujourd'hui d'acheter quelque chose pour le ménage, je ne pourrai même pas en rentrant défaire le paquet, car ce qui est dedans ne sera pas à moi et ne m'intéressera pas... On peut venir prendre tout ce qui est chez moi, je ne retiendrai rien, je ne suis attachée à aucun objet comme à aucune personne. » Non seulement tous les sentiments mais tous les actes sont troublés : elle ne peut absolument rien faire : « Je n'ai pas l'idée de m'installer ici, de mettre en train ce petit ménage. Si j'essaye de commencer une action je me sens épuisée d'avance et je me mets à pleurer sans rien faire; mes actions ne sont pas réelles, pas plus que tout le reste... je ne peux même pas me décider à dormir... » Ces troubles généraux sont antérieurs aux relations sexuelles avec le mari, ils ont existé gravement dès le début des fiançailles, ils existaient même antérieurement quoique moins accusés. C'est une femme d'une volonté extrêmement faible qui a toujours vécu auprès de sa mère et de sa sœur et qui était conduite par elles dans toutes ses actions : « Ma mère et ma sœur décidaient tout pour moi et j'étais perdue, ahurie si je me trouvais un moment sans elles. Newy a déjà eu des crises de scrupules, moins fortes il est vrai que celle-ci, mais caractéristiques quand elle a été en vacances chez une tante loin de sa mère et de sa sœur.

Dans ces conditions il me semble que ce serait une grave erreur que de placer les troubles génitaux à l'origine de tout cela et de lui faire avouer, ce qui est facile, quelques masturbations anciennes dont elle n'est que trop disposée à s'accuser. Cette femme ne fait pas correctement l'acte génital de la même manière qu'elle ne peut pas correctement faire l'acquisition d'un objet ou commander son diner, l'aboulie génitale n'est qu'une manifestation de son aboulie générale. Il s'agit d'une personne déjà déprimée depuis plusieurs années, dont la dépression tient à bien des causes, à l'hérédité certainement, à l'éducation qui a été absurde, à une mauvaise hygiène physique et morale. Cette personne prédisposée a été épuisée par les difficultés des fiançailles,

elle a été bouleversée en quittant sa mère et sa sœur par la nouveauté de la vie conjugale, de la vie à deux, par l'indépendance et la solitude où elle était laissée, par le changement d'appartement et enfin par les débuts de la grossesse. Cet épuisement, cet abaissement de la tension psychologique a troublé toutes les actions et en particulier a rendu impossibles les actes d'acquisition avec sentiment de propriété et l'acte génital avec jouissance, parce que ce sont précisément des phénomènes psychologiques de haute tension.

Ce qui prouve la justesse de notre interprétation, c'est que cette malade se rétablit peu à peu sans que l'on se préoccupe le moins du monde de modifier ou de mieux organiser ses relations sexuelles. Il a suffi de soins hygiéniques, d'une direction morale qui diminue la difficulté des décisions à prendre, d'une éducation graduelle de son initiative et un jour la malade est toute surprise de constater que ses meubles deviennent sa propriété : « La salle à manger est bien à moi, mais pas encore la chambre à coucher... » Quand un jour elle a réussi avec beaucoup d'aide à organiser un petit dîner chez elle; elle en est fière et remonte assez sa tension pour pouvoir aimer le mari, pour avoir une jouissance complète et pour pouvoir, ce qu'elle croyait impossible, dormir toute une nuit près de lui. Plus tard les fonctions génitales oscillent exactement comme l'activité générale, elles baissent quand tous les autres actes baissent aussi, elles remontent et parviennent à l'acte complet quand il y a eu excitation de la volonté sans aucun traitement relatif aux fonctions sexuelles. Il en est de même chez beaucoup de malades : bien des observations recueillies sans parti pris et de simples expériences dirigées par la méthode d'induction nous montrent que des troubles sexuels en apparence très graves et des souvenirs traumatiques en rapport avec eux sont des phénomènes secondaires qui dépendent de la maladie elle-même bien loin de pouvoir l'expliquer.

Quand j'ai exprimé autrefois des réflexions de ce genre sur le caractère secondaire des troubles sexuels dont parlait M. Freud, je me suis attiré la même critique sévère qui avait déjà frappé MM. J.-E. Donley et L.-H. Coriat. Dans ses études sur la pathologie de l'anxiété morbide¹, M. E. Jones rappelle les remarques

1. E. Jones. The pathology of morbid anxiety, *Journal of abnormal psychology*, juillet 1911, p. 98.

que j'avais faites et sans les discuter il les supprime par ce reproche capital : « M. Janet, dit-il, n'a pas fait la psycho-analyse de ses sujets... s'il avait fait cette psycho-analyse il aurait forcément constaté que ces défauts des fonctions génitales sont des troubles spécifiques dus aux premiers développements de la vie sexuelle des malades. » Hélas ! M. Jones a raison, je n'ai pas fait la psycho-analyse, c'est-à-dire que je n'ai pas interprété les dires des malades dans le sens d'un dogme arrêté d'avance et je ne pouvais pas le faire, justement parce que je ne croyais pas au dogme et que je cherchais à constater sa vérité. M. Jones raisonne comme les croyants qui n'admettent pas la critique de leur religion : « J'ai lu les livres sacrés, dit le sceptique, et j'ai trouvé en eux bien des contradictions et des incohérences. — C'est que vous n'aviez pas la foi, lui répondra le Croyant, si vous aviez lu ces livres avec les yeux de la foi vous n'auriez pas vu ces contradictions. » Hélas, je vois bien qu'il faut avoir la foi pour comprendre bien les interprétations symboliques de la psychoanalyse.

Les études de la psycho-analyse sur la sexualité ont-elles été exactement résumées dans l'analyse précédente ? C'est ce que beaucoup de disciples de cette école pourront contester en me reprochant d'avoir donné au mot sexualité un sens trop littéral et trop brutal.

Un article de M. Freud me paraît résumer par avance les critiques auxquelles je me suis exposé. Il y a quelques années, une femme séparée de son mari avait éprouvé de la dépression et de l'angoisse et avait demandé conseil à un jeune médecin, disciple de M. Freud. Ce jeune médecin, en bon élève qu'il était, répondit à cette personne que tous ses troubles provenaient d'une insuffisance des satisfactions sexuelles et rédigea une ordonnance très simple : « reprendre immédiatement son mari ou prendre un amant ». Je dois avouer à ma grande honte que ce jeune confrère ne me paraît pas avoir été si mal avisé et qu'il me semble avoir appliqué très correctement la doctrine qu'on lui enseignait. Malheureusement la malade prétendit ne pouvoir appliquer l'ordonnance et se plaignit d'avoir été troublée par ce conseil. M. Freud accueillit ses doléances et dans un article vigoureux vitupéra son élève trop docile et compromettant¹. Cet élève disait-il, avait rétréci

1. S. Freud, Ueber wilde Psychoanalyse, *Contributions für Psychoanalyse*, 1910, III, p. 91. Asher, op. cit., *American J. of Psych.*, 1911, p. 113.

le sens du mot « vie sexuelle » et ne l'appliquait qu'aux fonctions purement somatiques, tandis que la psycho-analyse prend le mot dans un sens beaucoup plus large et plus moral : toutes les émotions tendres et affectueuses doivent être considérées comme faisant partie de la vie sexuelle, car elles ont leur source dans l'impulsion sexuelle primitive. Quand on parle de ces choses il faut savoir « sublimer » le mot sexuel... Dorénavant pour éviter la responsabilité de ces applications défectueuses de la psycho-analyse le directeur va faire une organisation internationale de l'école grâce à laquelle on refusera le titre de membre de l'école à tous ceux qui ne seront pas jugés capables d'en appliquer correctement les principes.

N'insistons pas sur l'étrangeté de cette conclusion et sur ces pratiques d'excommunication majeure des hérétiques. Nous avons déjà vu quelque chose d'analogue dans la « Christian science » dirigée par Mrs. Eddy. Remarquons seulement que bien des auteurs nous ont également avertis qu'il fallait prendre le mot « tendance sexuelle » dans un sens bien plus général et plus poétique que nous ne l'avons fait. M. Jung nous disait déjà que l'instinct sexuel constitue la base de tous nos amours et de tous nos vouloirs, la « libido », disait-il, est la véritable force de vie. M. J.-J. Putnam nous disait aussi que pour comprendre ces doctrines il faut prendre ce mot « sexuel » dans le sens le plus large possible et y faire entrer tous les sentiments affectueux et nobles car toute la civilisation consiste uniquement dans la transformation et la sublimation de cet instinct¹. M. A. Maeder nous conseille de prendre le mot « sexuel » dans le sens où le prennent les poètes quand ils disent que « la faim et l'amour mènent le monde² ». Enfin M. E. Jones est beaucoup plus net encore : il nous explique que le sens dans lequel M. Freud a pris le mot « instinct sexuel » est le même que celui du mot « volonté de puissance » dans les œuvres de Schopenhauer ou du mot « élan vital » dans la philosophie de M. Bergson³. Voilà qui est clair, tous ces mots employés par les psycho-analystes comme « instincts sexuels, désirs génitaux, appétit du coït, libido, etc. » désignent tout simplement « l'élan vital » des métaphysiciens.

1. J. J. Putnam, Personal impression of S. Freud and his work, *Journal of abnorm. Psychology*, 1916, p. 375.

2. A. Maeder, Le mouvement psycho-analytique, *Année psychologique*, 1917.

3. E. Jones, *Papers on psychoanalysis*, 1913, Prefac., p. xi.

Plusieurs auteurs ont déjà protesté contre cette extension indéfinie du mot « tendance sexuelle ». M. Otto Hinrichsen fait observer que M. Freud devient véritablement un mystique quand il parle de la libido et que grâce à la sublimation il étend tellement la signification de ce mot qu'il en arrive à pouvoir l'appliquer partout. M. Ladame proteste également contre ces abus de langage en rappelant le mot spirituel d'André Beauquier : « il faut respecter les mots, les toucher avec soin, il faut avoir peur de les contrarier, de les pervertir en les coupant de leurs racines... les mots ne dépendent pas de nous¹ ».

Je partage tout à fait l'opinion de ces critiques et j'ai déjà lutté depuis longtemps contre des abus de langage analogues. A l'époque où sévissait en France l'épidémie de la suggestion avec laquelle le mouvement psycho-analytique a tant d'analogie, les enthousiastes répétaient déjà que tous les phénomènes psychologiques ou physiologiques étaient des suggestions : les maladies étaient toutes des suggestions, les guérisons étaient des suggestions, les enseignements étaient des suggestions, les religions étaient des suggestions, etc. Comme ils se dispensaient d'ailleurs de définir la suggestion et en faisaient un phénomène quelconque pénétrant dans l'esprit ou dans le cerveau d'une manière quelconque, ils avaient beau jeu à déclarer triomphalement que tout était suggestion. J'ai essayé de protester contre cette manière d'embrouiller les choses aussi néfaste pour la philosophie que pour la médecine. Aujourd'hui quand on veut recommencer le même jeu avec un mot qui s'y prête moins encore le mot « désir génital » je dois répéter les mêmes protestations.

Ces exercices oratoires sont en réalité très faciles : avec un peu d'interprétation, de déplacement, de dramatisation, d'élaboration et avec très peu d'esprit critique on peut généraliser de cette manière n'importe quoi et faire rentrer tout dans tout. Les névroses étaient hier toutes des suggestions, aujourd'hui elles sont toutes des troubles sexuels, demain elles seront toutes des troubles du sens moral ou du sens artistique. Et pourquoi s'arrêter aux névroses ? Il n'y a pas longtemps on rattachait le tabes à des excès sexuels et les malades eux-mêmes finissaient par le croire aussi bien que les médecins. Je me fais fort de démontrer de la même manière que la tuberculose et le cancer sont des consé-

1. Ladame, *Névroses et sexualité*, *J. Langue*, 1913, p. 20.

quences indirectes et inattendues de la masturbation des petits enfants. Je ne crois pas qu'il y ait rien de bien intéressant dans tous ces jeux de mots.

Ces exercices oratoires ne sont pas seulement insignifiants et inutiles, ils sont encore très dangereux. On pourrait les excuser s'ils portaient sur des mots forgés pour cet usage et sans signification précédente comme cela arrive dans le langage des métaphysiciens. Mais le mot « suggestion » et le mot « désir sexuel » ont déjà dans le langage un sens précis, si on se met à les sublimer, on donne deux sens au même mot, ce qui certes ne contribuera pas à la clarté des discussions. Tout en prenant le mot dans le sens sublimé on conservera les images et les significations qui lui sont associées dans le sens matériel. C'est ainsi que les psycho-analystes, tout en sublimant admirablement le mot « amour » nous parleront perpétuellement du « complexe (Edipus) », des masturbations de Narcisse, des petits enfants qui regardent un chien pendant qu'il couvre une chienne et de la gare du chemin de fer qui représente le va-et-vient du coût. Une telle confusion ne sera favorable ni à l'étude de « l'élan vital » ni à l'étude des phénomènes sexuels dans l'humanité. Cette prétendue sublimation aura pour résultat la confusion des tendances les plus élevées de l'esprit humain avec les instincts qui sont communs à tous les animaux. Quand même il serait établi historiquement qu'une tendance supérieure dérive d'une inférieure elle n'en est pas moins aujourd'hui supérieure avec des caractères qui lui sont propres et il n'y a aucune raison pour la confondre avec le phénomène qui lui a servi de point de départ.

Cependant, me dira-t-on, l'étude des rapports entre les instincts sexuels et les sentiments affectueux, l'étude des relations entre le sentiment de l'amour, les arts, les poésies et les religions ne peut pas être sans intérêt. Sans aucun doute, mais il y a ici un malentendu grave qu'il me paraît important de signaler. Ce sont là certainement des problèmes intéressants, mais intéressants à un point de vue particulier et pour un certain ordre d'études. Ce sont là des problèmes qui, au moins dans la façon dont ils ont été discutés, appartiennent à la philosophie générale et même à la métaphysique. Il ne faut certainement pas supprimer la métaphysique et je supplie que l'on ne me fasse pas dire un pareil blasphème. Mais il faut la laisser à sa place : il faut la discuter dans les « templa serena », dans l'atmosphère paisible des Con-

grès de philosophie ; il faut absolument éviter de la transporter au lit des malades et dans les salles d'hôpital dont l'atmosphère ne lui vaut rien. Je ne crois pas du tout pour ma part que les idées religieuses et morales soient sorties uniquement des instincts sexuels et je crois qu'il y aurait bien des choses à dire sur ce point, si nous pouvions nous placer au point de vue de la philosophie générale ; mais je me garderai bien de commencer cette discussion devant le Congrès de Médecine entre un rapport sur la démence précoce et un autre sur la fièvre typhoïde. Sans doute les idées et les mots doivent être réformés de temps en temps par des spéculations philosophiques, mais il faut laisser les philosophes faire ces réformes à loisir et attendre qu'ils se soient bien mis d'accord avant de faire pénétrer ces réformes dans le langage scientifique. La science actuelle et pratique doit prendre les idées et les mots comme ils sont dans la pensée de son époque. A moins de vouloir retourner à la Tour de Babel nous ne devons pas appliquer à des observations et à des études médicales des conceptions philosophiques que nous imaginons à plaisir et que les philosophes eux-mêmes n'ont aucune envie d'adopter. La psycho-analyse est avant tout une philosophie, intéressante peut-être si elle était présentée à des philosophes ; mais elle veut être en même temps une science médicale et elle a la prétention de s'appliquer au diagnostic et au traitement des malades, voilà la véritable origine de toutes les difficultés et des malentendus que nous avons rencontrés dans son étude.

Si je ne me trompe beaucoup, la neurologie et la psychiatrie ont aujourd'hui besoin de tout autres études et ce n'est pas sous cette forme philosophique que la psychologie doit être présentée aux médecins. Bien souvent déjà les études psychologiques rédigées par des médecins ont affecté les allures de grandes métaphysiques et ont prétendu expliquer d'un seul coup l'histoire, la morale, les religions et les crises de nerfs. Peu à peu les médecins ont été obligés de renoncer à cette littérature, ils ont reconnu avec le vieil Aristote « qu'il ne fallait pas mêler les genres » et ils ont compris que ni la métaphysique, ni la médecine n'avaient intérêt à se confondre. La psychologie ne peut être acceptée dans les études médicales que si elle renonce aux ambitions démesurées et se borne à résumer la conduite et les attitudes des malades par des termes précis et bien définis en rattachant tous les faits par un déterminisme aussi rigoureux que possible.

C'est pourquoi j'ai cru placer les théories sexuelles de la psycho-analyse dans leur meilleur jour et les discuter comme une thèse scientifique en prenant le mot « sexuel » et le « souvenir traumatique sexuel » dans le sens précis et littéral. C'est en prenant ces expressions dans ce sens que nous ne pouvons pas considérer comme démontrée la théorie qui rattache toutes les névroses à des émotions d'ordre sexuel. Il se peut, comme on le démontrera peut-être plus tard, que la sexualité joue un rôle énorme dans les névroses, mais elle n'intervient pas uniquement dans leur pathogénie sous la forme d'aventure sexuelle et de souvenir traumatique de ces aventures.

5. — LES EXAGÉRATIONS SYSTÉMATIQUES DE LA PSYCHO-ANALYSE.

Les théories sexuelles de la psycho-analyse nous ont paru une conséquence de sa méthode et de sa conception générale des névroses. Ces auteurs par l'analyse de la subconscience à laquelle ils avaient donné, à mon avis, une importance excessive en étaient arrivés à l'idée que tous les phénomènes pathologiques constatés dans les névroses étaient des phénomènes déformés, maquillés par une réaction du sujet, par un « refoulement » et qu'il fallait toujours découvrir au-dessous de ces apparences une réminiscence traumatique. Nous sommes amenés à revenir sur l'examen de ces deux points.

Le refoulement est pour M. Freud l'action consciente par laquelle un individu arrête en lui le développement d'une tendance, en général personnelle, en lui opposant d'autres tendances sociales et morales. A tous les degrés de l'activité psychologique les tendances luttent les unes contre les autres, mais cette lutte ne prend la forme précédente que dans l'assentiment réfléchi. Dans ce groupe d'opérations dont nous signalons sans cesse l'importance les tendances activées jusqu'au stade du désir sont représentées verbalement sous forme d'idées et la délibération consiste à éveiller par des interrogations spéciales d'autres idées qui s'opposent aux premières. Quand les premières idées représentent des tendances puissantes, la lutte contre elles peut paraître importante et les autres tendances morales peuvent s'élever jusqu'au stade de l'effort. C'est alors la lutte « de la raison contre la passion » où le refoulement peut prendre une grande place.

C'est ce phénomène particulier que M. Freud considère comme le point de départ de tous les symptômes du rêve et de la névrose.

Il est certain que l'on observe dans les névroses des phénomènes de refoulement et qu'ils y jouent souvent un rôle important. Bien des malades prétendent être tourmentés par des impulsions criminelles à tuer, à voler, à faire des actes obscènes, « à toucher la braguette des messieurs », à se masturber, etc., mais, comme ils sont en réalité très vertueux, ils sont indignés de ces tentations et luttent désespérément contre elles. « Je me répète constamment des prières contre les tentations, je serre les dents pour me contraindre à l'effort perpétuel. » Nous avons déjà décrit bien des cas de ce genre.

Il est également exact que ce refoulement perpétuel transforme dans certains cas l'apparence des idées et des désirs. En premier lieu il est fort probable que, au moins dans certains cas, c'est l'exagération du refoulement qui cause l'exagération apparente de l'impulsion. Quand on dépense une très grande force contre un adversaire, on est disposé à le surestimer, à le croire plus puissant qu'il n'est en réalité : ces malades se figurent avoir des passions énormes parce qu'ils dépensent contre elles des efforts énormes. Il y a dans ces cas de scrupule une manie de refoulement plutôt qu'une véritable impulsion. Entre beaucoup d'autres l'observation celle d'Hermine, femme de 40 ans, est assez démonstrative, car la malade nous montre elle-même le refoulement et son origine. Cette pauvre femme qui a déjà eu à plusieurs reprises des crises de dépression et de scrupule, s'est épuisée à soigner son fils atteint d'une grave maladie intestinale. Pendant la dernière période de la maladie et après la mort, la pauvre mère au désespoir a cherché une consolation dans les pratiques religieuses et morales : « C'était le moment d'être plus morale, de se bien conduire... Les jeux de l'amour, les relations avec son mari sont bonnes pour des gens heureux... Il s'y mêle toujours quelque chose qui sent la noce, la plaisanterie. Ce n'est plus de saison, cela ne convient ni à des gens de notre âge, ni à des gens dans le deuil... Il faut y renoncer ou du moins renoncer au plaisir qu'elles peuvent procurer... » Elle met une grande énergie dans le refoulement des plaisirs frivoles : « J'ai toujours été habituée à me raidir, j'ai l'habitude de la sévérité avec moi-même. » Le résultat ne s'est pas fait attendre et voici les obsessions de l'immo-

ralité, les prétendues impulsions à des conduites immondes, les sensations obscènes, etc. « J'aime ce que je déteste, non seulement j'ai des désirs invraisemblables, mais je les recherche, je ne suis plus maîtresse de mes regards, j'ai des voluptés en regardant des carottes, je donne un mauvais sens à toute chose... » Un cas de ce genre ne semble-t-il pas l'expression même de la théorie de M. Freud sur le refoulement ?

Dans d'autres cas le refoulement quoique plus dissimulé existe de même, je veux parler des désirs monstrueux et des obsessions sacrilèges. Da., femme de 27 ans, gémit sur son triste sort qui la condamne à être toujours amoureuse d'une manière immonde : « Je ne peux jamais avoir un amour correct, avouable ; j'ai de l'amour pour mon confesseur, pour un prêtre, pour un sale portier d'hôtel ivrogne et dégoûtant, j'ai des impulsions à des actes ridicules et sales avec une vieille dame que je vénère. » Dans des cas de ce genre l'acte se présente à la fois comme séduisant et comme répugnant, il y a à la fois désir et refoulement juxtaposés. On retrouvera toujours ce mélange dans les obsessions sacrilèges et au point de départ il y a souvent le souvenir d'une résistance à des tentations. Cet homme qui dans l'église de Lourdes prétend avoir des impulsions « à souiller un vieux prêtre ou à violer un descendant de Bernadette... » a été longtemps malade et a dû par hygiène pratiquer l'abstinence. Il a longtemps refoulé les désirs sexuels et leur attribue maintenant une force, une puissance impulsive considérables : la combinaison du refoulement et de l'impulsion semble donner naissance à l'obsession sacrilège.

Le refoulement peut-il également jouer un rôle dans les subconsciences hystériques ? Cela est fort probable au moins dans certains cas. Dans mon étude sur Irène, cette jeune fille qui après la mort de sa mère eut une amnésie rétrograde de plusieurs mois¹, j'ai montré qu'à certains moments la malade résistait quand on voulait lui faire retrouver ces souvenirs ou quand elle semblait sur le point de les retrouver. « Il y a, disais-je, des périodes de phobie du souvenir au commencement et à la fin des amnésies hystériques, comme si le souvenir commençait par devenir terrifiant avant d'être subconscient. » Mais

1. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion, *Journal de psychologie normale et pathologique*, septembre 1904, p. 417 ; *L'état mental des hystériques*, 2^e édit., 1914, p. 506.

j'ai surtout insisté à ce propos sur un cas remarquable de paralysie hystérique que j'ai publié dans mon rapport sur la subconscience présenté au congrès de Genève, 1909¹. Une femme de 30 ans, Sah., présente depuis l'âge de 20 ans une série de troubles névropathiques survenus à la suite d'une émotion terrible. Son père qui était couché avait voulu se lever en s'appuyant sur elle, mais il succomba tout d'un coup à une angine de poitrine et tomba sur sa fille. Celle-ci fut renversée et resta plusieurs heures sous le cadavre qui portait sur son côté gauche et que dans sa terreur elle n'osait déplacer. Depuis ce moment elle a de temps en temps un délire singulier : elle se plaint que son bras gauche est brusquement changé et qu'elle ne peut supporter ce changement. Son bras lui semble quelque chose d'étranger à sa propre personne : « Ce n'est plus ma main, dit-elle, c'est comme la main de quelqu'un d'autre, ce n'est plus une main humaine, c'est comme la main d'un animal, la main d'un reptile... je veux qu'on me rende ma main à moi. » Elle ne veut plus se servir de cette main gauche et surtout elle ne tolère pas que cette main gauche touche sa main droite ou touche sa figure. Cependant elle peut remuer volontairement sa main gauche et elle sent les piqûres et les attouchements faits sur elle. En un mot elle a tout à fait le langage et l'attitude du psychasténique qui répète : « Ce n'est pas mon bras, c'est le bras d'un autre, ce n'est pas moi qui parle, qui marche, etc. » Il n'y a qu'une irrégularité fort bizarre, il est vrai, c'est que le trouble est exclusivement localisé à un membre, ce qui est fort rare chez les psychasténiques.

Cette attitude dure peu chez Sah. car quelques jours après le début de ce délire elle a une grande crise d'hystérie dans laquelle elle veut battre et arracher son bras gauche. Le sujet ressemble alors à la malade de Barrows, 1860, rappelée et commentée par William James² qui frappait son bras en l'appelant « vieux chicot, old stump ». Après la crise elle a tout simplement une hémiplégie avec anesthésie de tout son côté gauche. Alors elle ne parle plus de son bras, ne s'en plaint plus, mais ne peut plus le remuer et n'y sent plus aucune impression : du moins le mouvement et la sensation ne s'y présentent plus que sous la forme subconsciente.

1. Rapport sur le problème de la subconscience, *Congress report of the Congress of psychology* (Genève, 1909), p. 68.

2. William James, *Automatic writing*, *Proceedings of the Society for psychical research*, 1889, p. 510a.

Cette observation est remarquable au point de vue clinique, parce qu'elle nous présente une oscillation assez rare, à mon avis, entre l'attitude psychasténique et l'attitude hystérique, mais elle pourrait être aussi intéressante au point de vue psychologique parce qu'elle pourrait être interprétée dans le sens de la doctrine de M. Freud sur le refoulement. Ne pourrait-on pas dire que chez une femme évidemment prédisposée aux troubles hystériques, le souvenir de la mort tragique de son père s'associe avec le bras gauche sur lequel il a porté et détermine une singulière horreur de ce côté gauche : ce serait cette horreur qui pousse la malade à repousser son bras gauche d'une manière à la fois morale et matérielle. Enfin cette répulsion, ce véritable refoulement semble précéder et déterminer l'hémiplégie hystérique, c'est-à-dire le passage dans le subconscient des tendances relatives au côté gauche.

Le refoulement joue-t-il un rôle aussi grand dans les rêves, cela n'est pas aussi net, mais on peut admettre qu'il intervient quelquefois. Le rêve est la conduite de l'homme endormi et cette conduite est constituée par des activations très inférieures de tendances éveillées à propos des diverses stimulations internes ou externes qui agissent sur le dormeur. Cet éveil des tendances est très peu précis parce qu'il n'y a aucun état de préparation, d'érection des tendances, il se fait au hasard suivant la disposition à s'activer, c'est-à-dire suivant la charge que conservent fort inégalement les diverses tendances. Cette charge des diverses tendances dépend de bien des choses, mais on peut admettre qu'elle dépend quelquefois de leur exercice pendant la veille : des tendances sans cesse éveillées par un refoulement maladroit, inhibées sans être drainées peuvent conserver une charge particulière et être disposées à s'activer plus facilement pendant le sommeil. Il y a donc quelque chose de vrai dans l'ancienne remarque de Charma et de Maury. Quant à la déformation du rêve elle est due à tant d'influences diverses qu'il est difficile de montrer ici ce qui dépend particulièrement d'une sorte de refoulement.

Quoi qu'il en soit, l'importance du refoulement étant admise au moins dans les névroses, comment faut-il comprendre ce phénomène ? Faut-il simplement rattacher le refoulement tel que nous venons de le constater à la délibération normale et le consi-

dérer comme une conséquence d'un effort exagéré de moralité ? Faut-il dire que toute la maladie d'Hermine dépend de sa décision d'abstinence en signe de deuil ? Si cette femme n'avait pas eu cette idée en somme assez singulière, si elle n'avait pas songé à se bien conduire à ce moment elle n'aurait pas été malade, elle aurait évité les longues souffrances de son obsession sacrilège ? Cela me paraît bien invraisemblable : la volonté du malade et ses décisions n'ont pas d'ordinaire une telle influence sur l'évolution des maladies mentales. La lutte contre nos désirs même très énergique ne produit pas d'ordinaire de tels bouleversements. Est-il plus facile d'admettre que la lutte contre nos désirs amène la subconscience hystérique ? La lutte contre nos tendances les empêche de se manifester, de se développer et par là même elle les réduit peu à peu et les annihile. Si pour des raisons de santé je veux résister à la mauvaise habitude de fumer, je n'arriverai pas à fumer subconsciemment en somnambulisme, je ferai disparaître la tendance à fumer, voilà tout. Ce qui caractérise la subconscience, ce n'est pas que la tendance diminue ou reste latente, c'est au contraire que les tendances se développent, se réalisent fortement sans que les autres tendances de l'esprit soient averties de leur réalisation et sans qu'elles puissent travailler à s'y opposer.

Mais, dira-t-on, il s'agit de tendances puissantes qui résistent au refoulement et ne se laissent pas annihiler. Soit, elles résisteront, elles continueront à se développer de temps en temps en écrasant les tendances morales opposées : il y aura des luttes, des déchirements de conscience mais ce n'est pas non plus de la subconscience. Le désir d'une action défendue par le médecin ou par le confesseur sera accompagnée si l'on veut d'une peur de la mort ou d'une peur de l'enfer, mais il ne se transformera pas lui-même en peur. J'ai envie de fumer un cigare, mais j'ai peur que cela ne me rende malade : je ne vois pas bien comment on appellera cela une phobie du cigare et comment cela deviendra un acte de fumer subconsciemment. Ces objections viennent assez naturellement à l'esprit et je les retrouve chez divers auteurs en particulier dans une étude de M. Morton Prince¹.

En réalité les choses se passent tout autrement dans la délibé-

1. Morton Prince, Discussion of the symptom, *Journal of abnormal psychology*, janvier 1911, p. 175.

ration ou, si on veut, dans le refoulement normal des désirs dangereux. Ce refoulement ne se prolonge pas indéfiniment et n'amène pas tous ces désordres parce qu'il n'est qu'une étape passagère d'une opération qui ne tarde pas à le dépasser. Hercule ne délibère pas indéfiniment et il ne passe pas sa vie à refouler, il se décide pour le vice ou pour la vertu. La décision (qu'il s'agisse de volonté ou de croyance) ne se borne pas à arrêter, à contenir les tendances, elle les synthétise, elle les entraîne toutes dans une même direction. L'inhibition, comme l'a si bien montré M. Mac Dougall dans ses études sur la vision¹, consiste toujours à drainer, à capter la force de la tendance inhibée et il a été facile dans mes cours d'adapter ces études sur les inhibitions élémentaires aux luttes qui se font à un niveau plus élevé quand les tendances prennent la forme verbale. Dans la vie normale le refoulement ne laisse pas de traces et il n'y a pas dans la vie normale ce mélange d'attraction et d'horreur qui caractérise les refoulements indéfinis de nos malades.

Le refoulement tel que nous venons de le décrire n'est pas un phénomène normal devenant par suite d'une maladie la cause des troubles consécutifs, il est déjà lui-même un trouble maladif. Reprenons à ce propos l'examen de nos observations précédentes. Hermine ne se plaint que de ses prétendues impulsions obscènes, mais il est facile de constater qu'elle présente une foule d'autres troubles : indépendamment des impulsions et des scrupules les fonctions génitales sont complètement désorganisées, les règles sont irrégulières et anormales, les sécrétions sont modifiées, les désirs normaux et la jouissance ont complètement disparu même quand la malade consent à les accepter. En dehors de ces fonctions on trouve des altérations de beaucoup d'autres actions. La malade ne peut plus faire aucun travail, elle n'a plus de goût artistique comme autrefois et de talent de composition, elle ne peut plus s'appliquer à rien et devient tout à fait incapable de comprendre ce qu'elle lit. Elle ne peut réfléchir à rien de sérieux et s'en aperçoit, dit-elle, à son incapacité de faire un examen de conscience ; elle ne peut diriger ses pensées et s'indigne de ne pas pouvoir penser à son fils quand elle va sur sa tombe. Non seulement ces symptômes sont maintenant tout à fait indépen-

1. W. Mac Dougall, The sensations excited by a single momentary stimulation of the eye, *The british Journal of psychology*, 1904, p. 78.

dants de son acte spécial de refoulement, mais ils sont de beaucoup antérieurs.

Depuis longtemps Hermine avait été graduellement déprimée par une série de fatigues et d'émotions, sa capacité de travail avait diminué, mais elle ne présentait aucun trouble de caractère sexuel. Trois ans auparavant son fils avait eu sa première grande crise abdominale et sa mère l'avait soigné toute la nuit au milieu des plus grandes angoisses. Elle était à ce moment au début de ses règles. Soit par l'effet de l'émotion, soit, comme le suppose la malade, parce qu'elle a manié de la glace toute la nuit, les règles se sont arrêtées et c'est à partir de ce moment qu'elles sont restées troublées. Hermine qui pendant plusieurs mois a couché dans la chambre de son fils a cessé à ce moment les relations régulières avec son mari. Quand elle a voulu les reprendre, sans aucun scrupule à ce moment, elle a déjà constaté que « quelque chose était dérangé ». J'ai déjà décrit dans l'observation de Pya., homme de 40 ans, cette disparition des degrés supérieurs d'activation et du triomphe qui caractérise la dépression des tendances sexuelles. Chez Hermine ces tendances ne se sont pas relevées et quand à la fin de la maladie de son fils elle a pris la résolution de les sacrifier elle a fait un sacrifice facile, car elle renonçait à des choses qui n'existaient plus guère. Le renoncement et le refoulement loin d'être le point de départ de l'abaissement de la fonction en étaient l'expression. Les idées relatives au deuil ne sont que des prétextes car elles sont bien incapables d'avoir cette influence sur la fonction élémentaire. Au moment de son rétablissement quand Hermine a perdu ses obsessions monstrueuses et sa phobie des carottes, quand elle a retrouvé le triomphe génital, elle a conservé les mêmes opinions sur le deuil et continue à dire avec tristesse : « ce n'est plus de saison » ; mais les choses marchent tout de même. Il ne faut pas prêter aux idées délirantes une puissance qu'elles n'ont pas, ni leur rattacher des phénomènes qui dépendent en réalité de la dépression elle-même.

Il nous faut maintenant refaire la même étude sur l'observation de Sab. Il n'est pas impossible, disais-je, d'expliquer l'hémiplégie de cette femme par un phénomène de refoulement, car à certains moments, la paralysie du bras gauche a été précédée par une sorte de délire où le sujet repoussait avec horreur la sensation de son bras et paraissait la refouler. Mais il ne suffit pas que cette explication soit possible pour qu'on la considère comme

certaine et je suis obligé de rappeler une difficulté. Comme on peut le voir dans l'observation plus complète que j'ai présentée au Congrès de Genève, les faits se présentent actuellement de la manière que j'ai décrite dans les rechutes de la maladie. Mais tout au début, quand on a relevé Sah, qui était couchée sous le cadavre de son père elle a présenté tout de suite une crise d'hystérie et une hémiplégie gauche qui a duré d'une manière plus ou moins complète pendant plusieurs mois. Cette hémiplégie a guéri et c'est quelque temps après, à la suite d'émotions et de fatigues qu'il y a eu une rechute dans laquelle les troubles ont commencé par cette horreur du bras gauche durant plusieurs jours et ont été suivis de nouveau d'une hémiplégie. On voit que l'hémiplégie avec subconscience a existé une première fois sans avoir été précédée par le sentiment d'horreur et par le refoulement. Est-il bien certain que la seconde fois lorsqu'elle a été précédée par ce refoulement, elle en ait été réellement la conséquence? Ne pourrait-on pas supposer que dans cette rechute l'horreur du bras gauche ait été la première manifestation d'une hémiplégie commencante? Sous l'influence de la première émotion très violente l'épuisement des tendances relatives au bras gauche aurait été tout de suite assez complet pour produire la subconscience totale avec anesthésie et paralysie; dans les émotions qui ont amené la rechute l'épuisement aurait été d'abord incomplet et aurait amené simplement une modification des tendances avec sentiment d'étrangeté et phénomènes de dérivation sous forme de peur, enfin l'épuisement croissant aurait déterminé peu à peu la subconscience totale. Dans cette conception le refoulement n'aurait pas été une action volontaire du sujet, cause directe de la paralysie, il n'aurait été qu'une conséquence, une manifestation de l'épuisement à son début. Féré a présenté autrefois des observations du même genre à propos des sentiments anormaux au début des paralysies fonctionnelles. Cette interprétation me semble beaucoup plus utile que la première car elle explique non seulement la paralysie mais encore le refoulement lui-même qui est considéré comme un phénomène déjà pathologique.

Le refoulement exagéré qui caractérise ces malades se comprend donc comme une conséquence de la dépression. Celle-ci supprime plus ou moins complètement les opérations de haute tension, en particulier la décision, la conclusion de la réflexion.

En l'absence de la décision qui arrête et surtout qui draine les diverses tendances opposées à l'acte adopté, il y a prolongation indéfinie de l'oscillation avec exagération suivant les cas soit de l'impulsion soit du refoulement. Cette manie du refoulement ainsi comprise n'en est pas moins un symptôme intéressant qui explique des faits curieux, comme les désirs monstrueux et sacrilèges, elle restera connue sous le nom de syndrome de Freud.

S'il en est ainsi, si le refoulement est simplement un des symptômes d'une certaine forme de la dépression psychasténique, il n'y a plus lieu de le faire intervenir toujours et partout, ni surtout de supposer qu'il y a des refoulements dans tous les autres symptômes. Toute modification ou toute succession de symptômes au cours de l'évolution ne doit pas être rattachée à un refoulement même quand cette explication paraît séduisante à notre esprit. J'ai déjà publié il y a une dizaine d'années l'observation curieuse de Cb., femme de 39 ans. Cette jeune femme avait affirmé en se mariant qu'elle aurait une petite fortune à la mort d'un vieux parent. Quand celui-ci mourut on constata qu'il avait mis toute sa fortune en viager et la malade eut à ce propos une telle déception qu'elle tomba malade, incapacité de travail, indécision, etc. Quelque temps après le début de la maladie, elle s'aperçut que ses cheveux tombaient et elle eut l'obsession de perdre ses cheveux, de devenir chauve, puis la honte de se montrer et une grave agoraphobie. Il serait facile et séduisant de dire que cette femme a eu honte d'avoir causé la déception de son mari, qu'elle a refoulé cette honte pour ne pas s'avouer à elle-même une promesse au moins imprudente et qu'elle a converti ce regret moral en une honte de son aspect physique : Ce serait tout à fait une observation analogue à celles que publient les élèves de la psycho-analyse. Malheureusement j'ai beau examiner la malade je ne trouve aucune trace de refoulement. Elle n'a jamais dissimulé sa déconvenue, elle n'a pas caché à son mari son regret, elle s'excuse en accusant le vieux parent d'avoir menti, ce qui est assez juste ; elle n'a rien converti car elle a conservé le sentiment de déception et le regret de s'être trompée. A la suite de la déception et d'un travail excessif il y a eu dépression et sentiments d'incomplétude comme cela arrive chez la plupart de ces malades. Ces sentiments d'incomplétude se sont « accrochés » à un fait et à une conduite particulière, comme on l'ob-

serve chez tous les autres malades de ce genre et il n'y a eu aucune conversion.

Il ne faut pas admettre inutilement des refoulements quand on n'en voit pas trace, à plus forte raison est-il déplorable de supposer des déformations de tous les autres symptômes par des refoulements imaginaires. Cela permet de supprimer l'observation clinique et de la remplacer par la fantaisie. Cela conduit aux invraisemblables interprétations des rêves ou de l'inversion sexuelle que l'on ne peut pas discuter sérieusement. Le caractère général de ces méthodes me semble avoir été indiqué d'une manière intéressante dans un article de M. Frederic Lyman-Wells. « *critic of impure reason*¹ ». Ce qui caractérise cette méthode, dit-il, c'est le symbolisme, un événement mental peut toujours, quand cela est utile à la théorie, être considéré comme le symbole d'un autre. La transformation des faits grâce à toutes les méthodes de condensation, de déplacement, d'élaboration secondaire, de dramatisation peut être énorme et il en résulte qu'un fait quelconque peut signifier tout ce que l'on voudra, l'auteur ajoute que c'est là, à son avis, une conception un peu naïve du déterminisme psychologique. C'est surtout, si je ne me trompe, une conséquence de la confiance des auteurs dans un principe général posé au début comme indiscutable, qu'il ne s'agit pas de démontrer par les faits, mais d'appliquer aux faits.

Il faut aller encore plus loin, la théorie du refoulement et ses exagérations sont sorties de la conception de la réminiscence traumatique altérée par la conscience, du besoin de retrouver un événement émotionnant au-dessous de chacun des symptômes et surtout au point de départ de toute la maladie, de la dépression elle-même. Nous arrivons au problème essentiel. Sans doute il y a certains symptômes qui sont en rapport avec certains événements de la vie : J'ai décrit il y a vingt ans un pauvre homme qui à chaque émotion recommençait un tic bizarre qui consistait à souffler fortement par une narine ; ce tic reproduisait une action qu'il faisait autrefois à la suite d'un saignement de nez et d'une croûte dans le nez au cours de la fièvre typhoïde. Pourquoi admettre à priori que tous les symptômes névropathi-

1. Fr. Lyman Wells, *Critic of impure reason. The journal of abnormal psychology*, juin-juillet 1912.

ques seront contraints sur ce modèle ? Faudra-t-il chercher des souvenirs transformés pour expliquer les manies autoritaires ou les manies de l'amour qui sont si naturellement la conséquence du besoin de se défendre ou de se faire relever ? Quand Wkb. vient nous raconter que toutes les personnes qu'il a croisées dans la rue étaient des cadavres et que tout d'un coup après le coït il s'est trouvé couché près du cadavre de sa maîtresse, allons-nous immédiatement chercher dans sa vie une histoire de cadavre ? C'est là une expression que nous devons connaître, car elle se retrouve dans la bouche d'un certain nombre de malades du même genre. Elle exprime d'une manière spéciale le sentiment de l'automatisme et le sentiment de l'irréel, quand ces sentiments s'appliquent à la perception des êtres vivants. Si un symptôme nous étonne et nous paraît accidentel c'est bien souvent à cause de notre ignorance. Il y a plus de chances pour qu'un symptôme soit déterminé par les lois de la maladie que par des réminiscences accidentelles. Il ne faut donc donner aux symptômes une interprétation historique que lorsque l'observation clinique le rend indispensable et il ne faut jamais se permettre des suppositions dangereuses.

Il en est de même si nous considérons non plus la pathogénie de tel ou tel symptôme, mais la pathogénie de la maladie elle-même, de l'état de dépression du sujet. Peut-on dire qu'une dépression névropathique actuelle soit toujours déterminée par une réminiscence traumatique ? Évidemment non. Il est impossible de nier qu'il y ait des cas, probablement de beaucoup les plus nombreux, dans lesquels aucun événement particulier de la vie n'a joué isolément un rôle considérable. La dépression du sujet qui existait souvent dès l'enfance dépend de sa constitution héréditaire, de la période de la vie qu'il traverse, des maladies physiques, des intoxications diverses qu'il a eues à supporter, d'un épuisement graduel déterminé par une foule de petites fatigues répétées ou même de petites émotions dont chacune était insignifiante en elle-même et qui n'ont pas laissé de réminiscence distincte ni dangereuse. Les symptômes et les idées fixes que le sujet présente dans ce cas sont déterminés par la profondeur de la dépression, par sa localisation sur telle ou telle fonction primitivement plus débile ou affaiblie par une suite de petits choes oubliés. Ils sont déterminés aussi par les réactions propres au sujet, par son tempérament, son intelligence, son

éducation, etc. Dans des cas de ce genre tel ou tel événement de sa vie n'a pas de grande importance et toute enquête de détective sur le passé du malade sera peu intéressante au moins au point de vue thérapeutique.

Dans d'autres cas encore très nombreux des événements particuliers ont joué un rôle, quelquefois même un rôle considérable, ils ont été l'occasion de grands épuisements par les luttes et les efforts qu'ils ont déterminés pendant un temps considérable : la dépression qu'ils ont déterminée existe encore aujourd'hui. Mais je ne puis admettre cependant qu'il s'agisse de réminiscence traumatique, car cet événement qui a épuisé son action ne joue plus actuellement aucun rôle. Chez Sophie, par exemple, ou chez Lydia la première grande crise de dépression a eu lieu dans la jeunesse à l'occasion de la mort d'une sœur : les malades ont été longtemps obsédées par ce chagrin, mais elles s'en sont consolées, c'est-à-dire qu'elles se sont adaptées à la situation créée par cet événement qui est pour elles aujourd'hui tout à fait insignifiant. Cependant il est évident qu'elles ne sont jamais remontées à leur niveau antérieur et que cette première dépression les a laissées plus bas et plus disposées aux accidents nerveux. Il ne suffit pas qu'un événement ait joué autrefois un rôle important pour que nous puissions toujours admettre qu'il le joue encore aujourd'hui et pour que nous ayons aujourd'hui à nous préoccuper de son action. Une infection microbienne peut avoir autrefois affaibli un individu d'une manière irréparable et ne plus exister aujourd'hui et ce ne sera pas par des désinfections pratiquées maintenant que nous le relèverons.

Le grand défaut de la psycho-analyse c'est qu'elle ne tient pas suffisamment compte de tous ces cas de beaucoup les plus nombreux et qu'elle commence toujours une enquête à la recherche d'un souvenir traumatique avec la décision d'en trouver toujours un, à la façon de ces détectives qui de parti pris cherchent toujours le coupable dans la même direction. Ce qu'il y a de plus grave c'est que ces détectives finissent toujours par trouver un coupable là où ils le cherchent. C'est ce qui arrive également aux psycho-analystes : leurs méthodes leur permettent toujours de trouver ce qu'ils cherchent.

Réfléchissons un instant à la méthode intéressante de M. Jung (de Zurich) sur l'étude des associations retardées. Il est certain que l'on peut en préparant des listes de mots convenables obtenir

des associations prolongées et anormales à propos des mots qui ont quelque rapport avec les idées fixes du sujet : j'ai constaté à plusieurs reprises que l'on pouvait réussir cette petite expérience de démonstration. Je ne suis pas également convaincu que l'expérience réussisse de la même manière quand on ne connaît pas les idées fixes du sujet ou quand celui-ci ne présente pas de souvenir qui puisse jouer ce rôle : les erreurs cliniques seraient, je crois, considérables si on prétendait ne guider son diagnostic que par cette expérience. J'ai cru observer que tous les mots qui éveillent une petite émotion quelconque, fût-ce une simple surprise, déterminent également un retard plus ou moins considérable et une altération de l'association. Il suffit qu'un mot bizarre ou choquant détonne dans une liste de mots usuels pour amener une surprise de ce genre : j'ai obtenu des retards de six et neuf secondes en prononçant brusquement un mot peu convenable comme « merde » ou « votre cul » au milieu d'une liste de mots graves et le sujet dont je connaissais fort bien l'état mental depuis longtemps n'avait aucun souvenir traumatique qui pût se rattacher à l'un de ces mots.

Si l'on transforme cette expérience de laboratoire en une méthode d'examen clinique, on s'expose, à mon avis, à un sérieux danger. Cette méthode, telle que je l'ai vu souvent appliquer, arrivera toujours à mettre en évidence certaines idées ou certains souvenirs, car dans une longue liste de mots il y en aura toujours qui provoqueront des réactions lentes ou irrégulières : l'observateur découvrira ainsi des souvenirs traumatiques chez tous les sujets, quels qu'ils soient, même chez ceux dont la névrose n'est aucunement en rapport avec un souvenir de ce genre. Les auteurs qui appliquent cette méthode à l'examen d'un malade sont déjà convaincus d'avance que ce malade a en lui quelque souvenir traumatique et ils se proposent seulement de découvrir quel est ce souvenir.

Ce caractère de la psycho-analyse devient encore plus manifeste si on considère l'étude qu'elle a faite des rêves et surtout les interprétations qu'elle en propose. Au premier abord cette méthode d'interprétation paraît singulière et bien dangereuse, car on peut interpréter un même rêve de bien des manières différentes. Récemment, un de mes malades, jeune homme de 25 ans, très disposé aux idées mystiques, vint me raconter un de ses rêves qu'il considérait comme important pour son avenir : j'ai

rêvé, me dit-il, qu'une force invisible me forçait à regarder un point du ciel où était écrite ma destinée : dans ce coin du ciel il y avait une étoile et deux colombes. — Deux colombes et une étoile, m'écriai-je, c'est limpide; les maîtres de la psycho-analyse nous ont livré la clef de pareils songes. Les deux colombes signifient l'amour, vous êtes évidemment amoureux. L'étoile est d'une interprétation plus délicate, on pourrait vous dire que vous êtes amoureux d'une étoile de café-concert et M. Mæder nous apprend que l'étoile désigne les parties génitales des jeunes Suissesses. Mais je ne veux pas être accusé de faire de la psycho-analyse grossière « Wilde Psycho-analyse » et je préfère vous dire que l'étoile désigne quelque chose de merveilleux et d'inaccessible : Vous serez malheureux en amour. — Point du tout, me répondit-il, vous n'y comprenez rien. L'étoile signifie la marine, parce que les marins se dirigent par les étoiles. Une des colombes c'est l'âme de Jeanne d'Arc qui s'éleva au-dessus du bûcher de Rouen sous la forme d'une colombe et l'autre colombe c'est mon âme à moi, tout à fait semblable comme vous le voyez à celle de Jeanne d'Arc. Je dois donc faire sur mer quelque chose d'analogue à ce que Jeanne d'Arc a fait sur terre; mon rêve signifie à n'en pas douter que je dois aller à la tête d'une flotte de guerre délivrer la Bretagne opprimée par les préfets irréligieux. » Je dus renoncer à la discussion car l'interprétation de ce jeune homme pouvait se défendre aussi bien que la mienne. Une interprétation ne peut être faite que si l'on sait d'avance dans quel sens on doit interpréter. Si on ajoute que la théorie du refoulement permet de transformer tous les phénomènes on voit qu'il est trop aisé de trouver chez tous les malades les réminiscences que l'on désire.

Des enquêtes et des interprétations arbitraires de ce genre ne sont pas sans inconvénients pour le malade. D'abord on leur applique pendant longtemps un traitement qui ne leur convient pas, on néglige en même temps de leur en appliquer un autre plus utile. On les fatigue par une discussion prolongée et une véritable étude sur des phénomènes psychologiques compliqués et on développe en eux ce que j'appelle la manie psychologique si fréquente chez ce genre de malades; on les bouleverse inutilement en leur faisant voir de terribles dangers dans toutes les actions de leur vie passée. Bien des malades que j'ai connus, psychasténiques constitutionnels, de faible tension psychologique, épuisés par le

moindre effort, ont commencé leurs scrupules sur l'immoralité de leur vie et leurs manies des efforts et du travail à l'occasion d'enquêtes de ce genre. Le jeune Émile avait été quelque temps entre les mains d'un disciple de M. Freud qui pour comprendre ses phobies de la société pourtant bien simples avait voulu retrouver chez lui un souvenir subconscient et avait essayé d'appliquer la méthode des associations de M. Jung. Émile fut effrayé par cette enquête et s'imagina qu'on cherchait à lire ses pensées, il s'ingénia par tous les moyens possibles à faire manquer l'expérience en prolongeant les temps de l'association à tort et à travers et il prit en horreur le médecin qui l'examinait. J'ai soigné deux jeunes femmes qui ont été soumises à des investigations sur leurs souvenirs sexuels par des psycho-analystes convaincus. Ws., femme de 26 ans, déprimée héréditaire, épuisée par le surmenage scolaire, abruti par un séjour au lit trop prolongé dans un sanatorium, fut ainsi accusée par son médecin de toutes sortes d'immondices sexuels. Elle fut désespérée en découvrant qu'il y avait dans le monde tant de saletés qu'elle ne soupçonnait pas et fut affolée à la pensée qu'on la soupçonnait capable d'en faire autant : il fallut qu'un médecin raisonnable intervint pour arrêter ces investigations malhonnêtes. Slava, jeune fille de 24 ans, prit les choses plus légèrement : elle raconte d'une manière bien amusante les traitements qu'elle a subis et les interrogatoires auxquels la soumettait un disciple de M. Freud évidemment un peu naïf. « Le médecin me demandait avec acharnement si je ne lui cachais pas une grave aventure amoureuse qui avait bouleversé ma vie et il interprétait le moindre mot que je prononçais pour découvrir cette aventure. Un jour il découvrit d'après un de mes rêves que je devais avoir toutes les nuits des rapports inconscients avec mon grand-père et que j'avais de grandes dispositions au sadisme, ce que je ne comprenais guère... Il finit par me déclarer que je devais sans m'en rendre compte être amoureuse de lui et vous ne figurez pas combien je le trouvais affreux et bête... » Ce sont là des enfantillages dangereux qui résultent d'une théorie mal comprise et généralisée d'une manière absurde.

Beaucoup de médecins sont disposés à condamner cette investigation indiscrette et souvent dangereuse : « Je prétends, dit M. Forel, que Freud en exagérant énormément cette cause de maux nerveux (la réminiscence traumatique) et surtout en la généralisant aux cas où le malade ne se souvient de rien, suggère lui-

même le plus souvent à ses malades toutes sortes de choses plus nuisibles qu'utiles surtout dans le domaine sexuel... » MM. Régis et A. Hesnard dans leur travail sur le Freudisme déclarent qu'il est fort dangereux d'interroger ainsi le malade et de le faire appesantir sur ses idées fixes. C'est l'opinion sur bien des points injuste qui s'est répandue dans le public médical français à propos de la psycho-analyse.

Je dis que cette opinion est injuste et regrettable, car au-dessous des exagérations et des illusions qui déparent la psycho-analyse et que j'ai été obligé de signaler se trouvent un grand nombre d'études précieuses sur les névroses, sur l'évolution de la pensée dans l'enfance, sur les diverses formes des sentiments sexuels. Ces études ont attiré l'attention sur des faits peu connus et que par suite d'une réserve traditionnelle on était trop disposé à négliger. Plus tard on oubliera les généralisations outrées et les symbolismes aventureux qui aujourd'hui semblent caractériser ces études et les séparer des autres travaux scientifiques et on ne se souviendra que d'une seule chose, c'est que la psycho-analyse a rendu de grands services à l'analyse psychologique.

6. — L'ÉVÉNEMENT NON ASSIMILÉ.

Les exagérations amènent toujours une réaction en sens inverse. Quand la suggestion eut envahi l'univers pendant quelques années, elle disparut complètement : après avoir combattu ses excès j'ai dû essayer de la défendre. Il en sera de même de la recherche des réminiscences traumatiques : après avoir psycho-analysé tout le monde on ne voudra plus analyser personne. Il faut prévoir cette réaction et conserver ce qu'il y a d'intéressant et d'utile dans mes anciennes recherches sur ce sujet et dans les travaux que de nombreux auteurs y ont ajoutés.

Nous venons de voir que dans le plus grand nombre des cas les troubles du névropathe n'étaient pas sous la dépendance d'un événement déterminé de sa vie. Cela admis, il est impossible de nier qu'il se rencontre des cas différents où un événement et les réactions qu'il continue à déterminer jouent encore aujourd'hui un rôle important dans la maladie. Considérons d'abord quelques

1. Forel. *L'âme et le système nerveux*, p. 214.

nouveaux exemples. Je rappelle une observation que j'ai publiée il y a quelques années et qui me semble intéressante¹. Une jeune fille de 20 ans, Irène, qui a soigné avec un dévouement inouï sa mère mourant de tuberculose, est devenue gravement malade après la mort de celle-ci. Cette jeune fille présente d'abord un ensemble de symptômes que l'on pourrait appeler négatifs. Elle ne se conduit pas du tout comme une jeune fille qui adorait sa mère, qui l'a soignée jour et nuit pendant des mois et qui vient de la voir mourir. Immédiatement après la mort elle n'a pas su annoncer la nouvelle à des parents chez qui elle a été, elle n'a pas su préparer l'enterrement, ni même le suivre d'une manière convenable : elle éclatait de rire à cet enterrement où on l'entraînait; quand on lui faisait des reproches, elle répondait qu'elle ne croyait pas que ce fût l'enterrement de sa mère, que celle-ci était partie, mais qu'elle allait revenir d'un moment à l'autre. Depuis ce moment elle continue à ne manifester aucun chagrin, elle ne pleure jamais, elle refuse de se mettre en deuil, elle ne veut pas accepter de prendre dans le petit ménage la place de l'absente ni de diriger le père ivrogne comme faisait la mère. Bien mieux on constate qu'elle ne sait de quoi on lui parle quand on l'interroge sur la maladie et sur la mort de sa mère, elle semble avoir un oubli complet de cet événement et des trois mois qui l'ont précédé. D'autre part, Irène réagit-elle d'une façon plus correcte aux situations présentes? En aucune façon, elle ne peut plus travailler, elle ne se décide absolument à rien, elle n'a plus aucun des sentiments normaux, elle ne s'intéresse à aucune des personnes présentes.

D'autre part, elle présente des accidents importants : à chaque instant sa vie est interrompue par de grandes crises délirantes qui sont extrêmement dramatiques et qui durent plusieurs heures. Dans ces crises elle joue avec des détails d'une précision minutieuse les principales scènes de l'agonie et de la mort de sa mère. Elle semble y assister, car elle prend devant le lit les attitudes, les gestes et les paroles qu'elle avait quand elle voulait « empêcher sa mère de cracher ses poumons » ou quand elle voulait à toutes forces réveiller le cadavre. Enfin, elle présente pendant

1. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'écriture. *Journal de psychologie normale et pathologique*, septembre 1904. *Les mémoires des malades*, 2^e édition, 1911, p. 506.

la veille des hallucinations, des contractures et bien des troubles viscéraux. Les choses durent ainsi depuis plusieurs mois sans modifications.

Preions un autre exemple tout à fait différent. Léa et Lydia, deux sœurs jumelles, ont toujours vécu inséparables, portant des costumes identiquement pareils, faisant ensemble les mêmes actions, partageant les mêmes sentiments d'une manière tout à fait étrange. Il serait très curieux d'étudier sur elles la psychologie des jumeaux, car il est difficile d'en voir un plus remarquable exemple. Quand les deux sœurs eurent l'âge de 24 ans on commit la grande imprudence de marier l'une d'entre elles, Léa la première, et de la séparer de sa sœur. Lydia tomba immédiatement très malade : elle restait constamment triste et inerte, refusant de manger, passant les nuits à pleurer. Incapable de prendre la conduite d'une jeune fille restée seule dans sa famille, elle avait complètement cessé d'agir. Mais en même temps elle commença au dedans d'elle-même une singulière discussion à propos d'un problème insoluble. Quoi qu'elle fût en réalité plutôt jolie et qu'elle ressemblât à sa sœur jumelle à s'y méprendre, elle s'interrogeait indéfiniment sur son visage, sur sa démarche, sur sa beauté, sur sa laideur : « Est-elle oui ou non aussi bien que sa sœur ? La préférence qu'on a eue pour sa sœur est-elle justifiée par sa propre laideur ? Son insuccès s'explique-t-il par un état maladif qu'elle avait à ce moment, comme on le lui a dit ? Était-elle réellement malade à ce moment et surtout les personnes de sa famille ont-elles bien connu cet état maladif, ont-elles rapporté son insuccès à la maladie ? etc. » Cette honte d'elle-même amène la recherche de l'obscurité, le refus de se montrer, la phobie de la rue. C'est en vain qu'on a réussi à la marier elle-même sans qu'elle y ait fait d'ailleurs grande attention, c'est en vain qu'on a pu la rapprocher de sa sœur et faire vivre les deux ménages l'un près de l'autre : Lydia reste absorbée dans son obsession de beauté, incapable de sortir, de s'habiller, de se lever même de son lit. Les choses ont duré ainsi une dizaine d'années.

On peut rapprocher beaucoup d'observations de l'une ou de l'autre de ces deux malades. Il est inutile de rappeler toutes les crises délirantes, identiques à celles d'Irène, chez des femmes qui revivent indéfiniment des scènes de bataille ou des scènes de viol, ni de revenir sur l'observation de cette jeune femme qui

dans ses crises s'enfuyait au cimetière pour déterrer son beau-père parce qu'il avait autrefois essayé de la violer. Bien des paralysies et des contractures, comme nous l'avons montré au début de ces études, se rattachent à un état mental analogue à celui d'Irène. Une jeune fille de 22 ans a un tic de la tête et une contracture du cou parce qu'elle regarde constamment en arrière pour voir si son père ne se précipite pas sur elle en état d'ivresse, comme il l'a fait il y a quelques mois. Une autre âgée de 17 ans conserve une contracture de l'épaule, qui a été ou qu'elle croit avoir été frôlée dans la rue par un omnibus et, même quand elle est assise dans une chambre, elle passe son temps à se garer des voitures. Bien des obsessions rappellent celle de Lydia : une femme de 44 ans s'interroge depuis des années sur la supériorité du métier d'instituteur parce que dans sa jeunesse elle a été demandée en mariage par un instituteur et qu'elle ne sait pas si elle a eu tort ou raison de le refuser. Une pauvre fille de 22 ans nous présente un sentiment bizarre vis-à-vis de tous les jeunes enfants qu'elle rencontre : elle les a en horreur, elle veut les frapper et se sauve pour ne pas les égorger. Tout cela est en rapport avec une séduction à l'âge de 17 ans, une grossesse et un accouchement clandestins : le douloureux événement qu'elle essaye en vain d'oublier détermine encore tous ces sentiments. Je retrouve d'ailleurs cette même horreur des jeunes enfants chez une femme de 40 ans qui à la suite d'une imprudence a eu pendant plus d'un an l'obsession de la grossesse. Je n'insiste pas sur ces symptômes variés, je rappelle seulement que tous ces divers malades sont des déprimés incapables de tout travail, de toute décision, presque de toute action en dehors de leurs crises, de leurs tics, de leurs obsessions relatives à l'événement qui les a impressionnés.

C'est qu'en effet, ces derniers phénomènes que nous relevons dans tous les cas me paraissent l'essentiel. Tous ces malades semblent arrêtés dans l'évolution de la vie, ils sont « accrochés » à un obstacle qu'ils n'arrivent pas à franchir. L'événement que nous appelons traumatique a créé une situation à laquelle il faut réagir, c'est-à-dire à laquelle il faut s'adapter par des modifications du monde extérieur et de nous-mêmes. Or ce qui caractérise tous ces malades « accrochés » c'est qu'ils n'ont pas liquidé la situation difficile. Irène ne se conduit pas comme une jeune

fille qui a perdu sa mère, Lydia ne se conduit pas comme une jeune fille qui reste seule chez ses parents après le mariage de sa sœur ; celle-ci ne se conduit pas comme une personne qui a échappé à un danger dans la rue et qui est heureusement rentrée à la maison, celle-là ne se conduit pas comme une femme qui a refusé un parti et qui a épousé un autre homme. Ce défaut d'adaptation est le caractère de tous ces malades sans exception.

Nous trouvons dans l'observation d'Irène un détail particulièrement intéressant, c'est son amnésie. Non seulement elle est incapable de réaliser, de transformer en événement réel, de croire la mort de sa mère, mais elle est incapable de se souvenir de cette mort et des mois précédents. Je sais bien que les psychoanalystes nous fourniraient une explication facile de cette amnésie en disant qu'Irène a horreur de ces souvenirs et les refoule dans ses crises. On pourrait même remarquer que j'ai noté dans la description de la malade des sortes de terreurs quand je l'ai forcée de retrouver ces souvenirs et que ces terreurs ou ces écartements du souvenir peuvent faire penser à un refoulement. Cette explication purement théorique me paraît inacceptable, je n'ai jamais retrouvé même après la guérison et le rétablissement complet des souvenirs rien qui montrât cet effort de refoulement, il faudrait le construire de toutes pièces. Les phobies de souvenir sont ici comme chez les malades précédemment étudiés des manifestations de l'altération de l'acte de la mémoire. Si nous avons de la peine à comprendre cette altération, c'est parce que d'ordinaire nous ne nous rendons pas bien compte de la nature de cet acte de la mémoire.

La mémoire, comme la croyance, comme tous les faits psychologiques est une action : elle consiste essentiellement dans *l'acte de raconter*¹. C'est là presque toujours une opération de langage, tout à fait indépendante de l'attitude que nous avons en présence de l'événement. Une sentinelle placée en dehors du camp surveille l'arrivée de l'ennemi : quand cet ennemi survient, elle doit d'abord faire des actes particuliers en rapport avec l'arrivée de l'ennemi, se défendre ou se cacher, se coucher par terre, ramper pour échapper à l'attention et rentrer au camp. Ce sont

1. Sur cette interprétation de la mémoire cf. le compte rendu de mes cours sur les tendances intellectuelles élémentaires, *Annuaire du Collège de France*, 1913, p. 37.

là les actes d'adaptation réclamés par l'événement et la perception d'un événement n'est pas autre chose que l'ensemble de ces actes d'adaptation. Mais en même temps qu'elle fait ces actes d'adaptation personnelle la sentinelle doit faire une autre réaction tout à fait nouvelle qui caractérise la mémoire, elle doit préparer un discours, elle doit suivant certaines règles traduire l'événement en paroles afin de pouvoir tout à l'heure le raconter devant le chef. Cette seconde réaction a un caractère important qui la rend très différente des premières. Celles-ci, c'est-à-dire les actions de se défendre, de se coucher, de se dissimuler de telle ou telle manière se conservent sans doute comme toutes les tendances mais elles ne peuvent se reproduire, s'activer de nouveau que si la sentinelle se retrouve exactement devant les mêmes circonstances, devant le même ennemi, sur le même terrain, et ne se reproduiront pas du tout dans d'autres circonstances, par exemple quand la sentinelle sera rentrée au camp, au milieu de ses camarades et devant le chef. Au contraire, la seconde réaction, le discours qui est cependant lui aussi d'une certaine manière adapté à l'événement va facilement se reproduire dans ces nouvelles conditions au milieu des camarades, devant le chef, sans qu'il y ait trace d'ennemi. Le stimulant qui va éveiller l'activation de cette tendance est une action sociale particulière, *la question*. Le caractère important de ce discours c'est donc qu'il est indépendant de l'événement à propos duquel il a été formé, tandis qu'il n'en est pas de même pour toutes les autres réactions qui constituent la perception. C'est la construction de cette nouvelle tendance qui constitue la mémoration, tandis que son activation dans des circonstances indépendantes de son origine après la question est la remémoration. Cet acte du récit est d'ailleurs susceptible de perfectionnements : il faut non seulement savoir le faire, mais savoir le situer, l'associer aux autres événements de notre vie, le ranger dans l'histoire de notre vie que nous construisons sans cesse et qui est un élément essentiel de notre personnalité. Une situation n'est bien liquidée, bien assimilée que lorsque nous avons réagi non seulement extérieurement par nos mouvements, mais encore intérieurement par les paroles que nous nous adressons à nous-mêmes, par l'organisation du récit de l'événement aux autres et à nous-mêmes et par la mise en place de ce récit comme un chapitre de notre propre histoire.

Or il est évident qu'il ne n'a rien fait de tout cela : elle n'a

pas du tout construit le récit, le discours relatif à l'événement capable d'être reproduit indépendamment de l'événement à la suite d'une question et elle est encore plus incapable de rattacher ce récit de la mort de sa mère à sa propre histoire? Son amnésie n'est qu'un aspect de son absence d'adaptation, de son défaut d'assimilation de l'événement.

A côté de ces caractères négatifs nous voyons des symptômes que l'on peut appeler positifs. Ces malades continuent à faire de grands efforts pour réagir à l'événement, pour s'assimiler la situation. Lydia continue à garder l'attitude douloureusement interrogative qu'elle avait au moment du mariage de sa sœur : ce n'est pas, comme on pourrait le croire, qu'elle ait eu envie le moins du monde du fiancé de sa sœur, c'est qu'elle ne comprend pas comment et pourquoi sa sœur a pu faire une action sans elle et la laisser seule. Elle s'épuise dans la recherche des responsabilités, elle cherche à s'accuser elle-même et elle finit par se rendre tout à fait incapable de sentir et d'agir. Tous ces malades qu'ils continuent à se garer de l'omnibus ou à s'interroger sur le métier d'instituteur continuent l'acte ou plutôt la tentative d'acte qu'ils ont commencés au moment de l'événement et ils s'y épuisent. Irène est aussi bien remarquable sur ce point : car dans ses crises elle reprend tout à fait l'attitude qu'elle avait en soignant sa mère agonisante. Cette attitude n'est pas celle de la mémoire qui raconte indépendamment de l'événement, c'est celle de l'hallucination qui est une reproduction de l'action liée à l'événement lui-même. Nous disons qu'elle est hallucinée parce qu'elle continue des actions qui pour nous ne devraient plus se faire puisque l'événement est pour nous disparu et liquidé, mais qu'elle continue à faire, parce que l'événement n'est pas liquidé pour elle. La continuation de ces attitudes et par conséquent de ces hallucinations est toujours une des conséquences de l'insuffisance de l'action pendant l'événement.

L'individu qui conserve l'idée fixe d'un événement n'a donc pas précisément un souvenir à propos de cet événement, c'est pour la clarté du langage que nous avons parlé d'un souvenir traumatique. Le sujet est souvent incapable de faire à propos de l'événement le discours que nous appelons un souvenir : mais il reste en présence d'une situation difficile dont il n'a pas su se tirer à son honneur, à laquelle il n'a pas pu s'adapter entièrement et il continue à faire des efforts pour s'y adapter. La répé-

tition de cette situation, ces efforts continuels déterminent une fatigue, un épuisement qui jouent un rôle considérable dans les émotions. Notre malade ressemble, comme nous l'avons déjà vu, à un homme qui pousserait constamment contre un mur avec l'espoir vague de le démolir. Un exemple emprunté à la vie normale ou presque normale fera comprendre le mécanisme de cet épuisement. Je viens de recevoir une lettre désagréable qui exige une réponse assez difficile et pénible à écrire. Je pense à faire cette réponse et je la compose presque complètement dans mon imagination, mais je n'ai pas le courage de la rédiger immédiatement et je laisse la lettre reçue sur mon bureau. Dorénavant il m'est impossible de m'asseoir à cette table, de passer devant elle, d'entrer même dans la chambre sans voir cette lettre, sans deviner sa présence et sans recommencer cent fois l'effort de combiner la réponse. Cette réponse au début aurait été écrite en dix minutes ; si j'additionne tous les moments dépensés pour la combiner en imagination, toutes les tentatives infructueuses et toutes les émotions qui en sont résultées j'ai dépensé à ne pas faire cette réponse des heures de travail pénible et il ne sera pas surprenant qu'après quelques jours je me déclare très fatigué par cette maudite lettre que je n'ai pas faite.

En réalité la maladie causée par la réminiscence traumatique n'est pas une chose nouvelle pour nous, c'est un phénomène tout à fait analogue à l'épuisement que nous avons constaté chez les individus placés dans une situation trop complexe, trop difficile pour eux dans laquelle ils se débattent indéfiniment. Voici deux exemples qui peuvent illustrer cette analogie : Eq., homme de 40 ans, s'est marié tout en conservant une maîtresse avec laquelle il était lié auparavant. La situation compliquée, la dissimulation à laquelle il est obligé, l'épuisent et le dépriment : c'est un cas identique à ceux que nous venons d'étudier à propos de la fatigue. Mais voici Be., homme de 50 ans, qui avant de se marier a rompu avec sa maîtresse. La rupture a été matériellement si complète que cette femme a même quitté la ville où il habite et qu'il n'a jamais de ses nouvelles. Il est cependant tourmenté par le regret de l'acte qu'il a fait en abandonnant une amie de vingt ans, il se préoccupe d'elle constamment, il cherche comment il aurait pu la conserver, comment il pourrait la retrouver, etc... et il s'épuise comme le précédent. C'est que l'acte a été terminé matériellement pour nous les spectateurs, mais qu'il n'a pas été

terminé pour le sujet, que la situation n'est pas liquidée dans son esprit. Malgré les différences extérieures à nos yeux, les deux situations sont identiques et il s'agit toujours de dépressions à la suite d'actes difficiles indéfiniment prolongés et épuisants.

Il y a cependant une grande différence au point de vue clinique, c'est que dans le premier cas il s'agit d'une situation extérieure réelle, même pour le spectateur et que nous pouvons réduire le travail du sujet en modifiant cette situation. Nous avons facilité l'adaptation du sujet et nous lui avons procuré du repos en supprimant des fiançailles, en effectuant une rupture, en simplifiant son milieu social par l'éloignement de certaines personnes. Mais dans le second cas il n'y a plus de situation extérieure à transformer, car l'événement n'existe plus pour nous et n'est plus accessible à notre action. Il n'y a qu'une situation interne dans l'esprit du sujet et une adaptation personnelle qui ne s'est pas effectuée. Il y a encore un effort épuisant, mais il est d'une autre nature et, si nous voulons le supprimer, nous avons à chercher une autre thérapeutique. Ces réflexions sur le mécanisme de la réminiscence traumatique nous mettent donc en face d'un problème clinique réel et nouveau qui n'est pas sans intérêt.

L'observation de ces faits nous conduit en effet, à considérer une nouvelle partie de l'adaptation, un dernier stade de l'action et toute une nouvelle série de tendances supérieures qui dérivent de ce stade de l'action comme les tendances ergétiques dérivent de l'effort et les tendances réfléchies du désir. Dans mes cours j'ai baptisé ce dernier stade du nom de *stade du triomphe* à cause du phénomène si important de la joie dont il donne l'explication, ou *stade de la liquidation* si on considère son effet sur l'adaptation¹.

Ce dernier stade de l'action contient toute une série de modifications de la personnalité et des tendances pour les mettre en harmonie avec la nouvelle conduite. Si je puis me permettre une comparaison grossière, je dirai qu'un tonneau rempli de sable, de cailloux, de morceaux de fonte est placé au sommet d'une pente et qu'il s'adapte à cette pente en roulant jusqu'en bas. Mais à ce moment tout n'est pas terminé : les divers objets qu'il contient

1. Cf. les cours sur les degrés de l'activation des tendances, *Annuaire du Collège de France*, 1917, p. 69

et dont l'équilibre a été dérangé se remettent en place, les plus lourds tombant au fond, le sable dans les interstices. Il en est de même dans notre esprit, une réorganisation interne est nécessaire à la fin d'une action pour tout liquider.

Une partie importante de cette réorganisation est la modification des tendances anciennes en rapport avec l'événement qui vient d'arriver et la conduite que nous venons d'avoir. L'une de ces tendances nouvelles qui doit être constituée est la tendance à répéter le discours qui est souvenir à le rendre indépendant de l'événement lui-même et à le mettre à une place particulière dans l'histoire de notre vie. Mais ce n'est pas tout, pour finir l'action il faut arrêter tous les mouvements qui étaient en rapport avec elle ; pour que cet arrêt soit définitif, il faut démobiliser, c'est-à-dire qu'il faut disséminer les forces qui étaient destinées à cette action. C'est cette dissémination des forces récupérées qui produit l'excitation momentanée de la joie « qui s'ajoute à l'acte comme à la jeunesse sa fleur », et tous les sentiments de triomphe, si visibles après les actes sexuels, mais qui existent en réalité après tous les actes bien terminés. Enfin il y a une dernière action peu connue sur laquelle nous aurons à revenir qui consiste à remettre en réserve, à placer de nouveau les forces inutilisées. Tout cet ensemble de conduites que j'appelle le triomphe est extrêmement important et devient, si je ne me trompe, le point de départ d'une série de tendances en particulier des tendances esthétiques et artistiques.

De même que les tendances supérieures de la réflexion et du travail, celles-ci sont susceptibles de présenter des troubles dans les névroses. Quelques observations très remarquables me paraissent pouvoir indiquer l'importance de ces troubles et montrer que des individus dépressibles ne peuvent pas supporter sans accidents cette dernière opération du triomphe. J'ai déjà signalé chez des psychasténiques des sentiments singuliers d'extase et de bonheur indicible suivis brusquement d'une chute de la tension qui va jusqu'à la crise psycholéptique et même jusqu'à l'accès épileptique¹. Voici de nouveaux exemples du même fait : Noëmi, femme de 26 ans, vient d'accoucher, il y a quelques jours, elle se porte très bien, elle tient son bébé sur ses genoux et reçoit les félicitations de ses amis sur son bonheur ; « C'est vrai que mon

1. *Obsessions et psychasténie*, 1^{re} éd., t. 1, p. 371.

bonheur est immense, extraordinaire, pense-t-elle, n'ai-je pas actuellement tout ce que j'ai jamais désiré... » Et elle ressent en caressant l'enfant un enthousiasme étrange : puis brusquement tout tombe, la peur lui vient que ce bonheur infini ne soit pas éternel, qu'il doive finir un jour puisqu'elle est mortelle et elle tombe dans l'obsession de la mort qui durera deux ans. Pby., homme de 29 ans, entraîne à son bras une femme qu'il aime et contemple avec elle le coucher du soleil au bord de la mer : « Mon cœur est inondé d'une joie que je n'ai jamais connue si pure et si belle, c'est une vie extraordinaire... crac, un déalic dans ma tête et tout est devant moi noir et lugubre, j'ai de nouveau l'obsession que je dois me battre avec un individu antipathique que je détestais quand j'étais au collège et que je n'ai pas revu depuis dix ans... quelle stupidité. »

Pf., homme de 37 ans, peut pratiquer le coït sans inconvénients avec une femme qui ne l'intéresse pas et qu'il ne désire pas, toutes les fois qu'il a des rapports avec une certaine femme qu'il aime passionnément et avec laquelle il a une violente jouissance il tombe à la suite dans un accès épileptique. Gf., femme de 29 ans, psychasténique depuis longtemps, essaye de se remettre à étudier la musique ; quand elle joue avec émotion pendant quelque temps un morceau qui l'intéresse vivement elle a un accès épileptique. L'observation la plus remarquable est celle de Paul, homme de 30 ans, sur laquelle j'ai déjà souvent insisté. Ce jeune homme qui s'observe très bien a parfaitement noté ces phénomènes qui sont graves chez lui et qu'il redoute. « Si je me laisse aller à une émotion de plaisir, à une joie, surtout à un enthousiasme artistique, gare à moi... Dernièrement encore on m'a mené au milieu de la foule contempler des aéroplanes qui s'élevaient ; c'était si beau, cette merveille du génie humain et cette foule dans un élan de délire patriotique, personne, j'en suis sûr, n'a senti autant que moi la merveilleuse beauté de ce spectacle... Tout à coup, il m'a semblé reconnaître ce spectacle, il me semble que j'ai déjà vu tout cela, ces mêmes personnes près de moi, ces mêmes bruits... Tous ces gens sont réunis là pour quelque besogne terrible, tout est arrangé pour un drame... c'est à moi qu'il va arriver quelque chose d'effroyable, une chute dans un néant absolu et infini... à quoi bon la vie alors, à quoi bon faire ce que nous faisons puisque le soleil ne durera pas toujours... et je ne sais plus ce qui m'est arrivé après. »

Ce qui lui est arrivé, on le devine, il était pâle, hagard, il a fait quelques pas pour s'éloigner et il est tombé dans un accès épileptique.

Je ne puis revenir ici sur ce rapprochement de la dépression des psychasténiques et des accès épileptiques que j'ai longuement étudié¹ et qui est encore si peu connu. Je constate seulement que des enthousiasmes très grands, des perceptions, des actes accomplis avec une conscience complète, une grande attention et un considérable plaisir, c'est-à-dire présentant au plus degré les caractères d'une tension psychologique élevée ont été suivis brusquement par une grande dépression de cette même tension. On pourra dire que l'excitation initiale était elle-même pathologique, qu'elle était le début de la dépression et le dernier éclair d'une lampe qui va s'éteindre, que, par conséquent, la dépression n'en dépend pas et serait survenue sans elle. Cette interprétation que je ne discute pas ici est peut-être admissible pour certains cas comme celui de Noémi, mais elle ne peut s'appliquer aux autres cas. Ces individus savent très bien faire l'expérience inverse qui est démonstrative. Ils savent reconnaître l'enthousiasme tout au début, l'éviter ou l'arrêter à temps, nous reviendrons prochainement sur cette conduite et ces précautions. Il est essentiel de remarquer qu'en agissant ainsi ces malades suppriment la dépression consécutive : Paul arrive parfaitement à éviter l'accès épileptique en reconnaissant dès le début le sentiment de déjà-vu et en fuyant l'émotion. Il est évident que chez ceux-là au moins, une trop forte tension psychologique amène un épuisement qui peut être plus ou moins grave et cette observation confirme nos réflexions précédentes sur le danger des actes trop élevés.

La plupart des psychasténiques ne se comportent pas de cette manière, ils ne font même pas la tentative de l'acte du triomphe, ils s'arrêtent auparavant et constatent simplement qu'ils ne peuvent pas éprouver de joie véritable, de chagrin véritable, qu'ils ont des relations sexuelles sans plaisir, et sans détente, qu'ils font des prières sans émotion religieuse, etc. C'est justement l'absence de ces actes et de ces sentiments de triomphe qui donne si souvent au névropathe l'impression que son acte est inachevé, qu'il n'a pas été accompli tandis qu'il nous paraît extérieurement suffisant.

1. *Obsessions et paranoïas*, fasc. I, p. 260-261.

Des femmes peuvent paraître avoir accompli l'acte génital, mais continuent à sentir qu'elles n'ont pas terminé, parce qu'il n'y a eu ni jouissance, ni détente. Il en est de même pour les personnes qui n'ont jamais le sentiment d'avoir fini leur travail. Vkp. n'a jamais fini de faire son ménage, comme Émile, jeune homme de 16 ans, n'a jamais fini de faire sa version, comme Vol., femme de 27 ans, n'a jamais fini de se confesser. Sans doute Léa et Lydia ont réussi à faire vivre leurs deux ménages ensemble, mais elles ne sont pas du tout satisfaites. Ce sentiment d'incomplétude est très dangereux chez des malades qui tombent si facilement dans les manies, les tics, les entêtements, qui sont si disposés à « s'accrocher ». Ils font des efforts inouïs autant qu'absurdes pour arriver à cette joie qui fuit toujours : il est inutile de rappeler ces recherches perpétuelles de la jouissance dans des masturbations épuisantes, dans des aventures dangereuses autant que stériles.

La réminiscence traumatique n'est pas autre chose qu'un de ces troubles du triomphe et de la liquidation, les malades qui présentent de telles réminiscences traumatiques n'ont fait aucun des actes caractéristiques de ce stade du triomphe : ils cherchent indéfiniment à obtenir cette joie de l'acte et à faire cette liquidation qui fuit devant eux. Constaté et compris ces faits c'est reconnaître la réalité et l'importance de ce trouble pathologique particulier qui a été peu à peu démêlé sous le nom de réminiscence traumatique. Les accidents étudiés dans le chapitre précédent étaient déjà des troubles dans l'activation des tendances supérieures, des tendances réfléchies et ergétiques, les réminiscences traumatiques portant sur les tendances supérieures du triomphe viennent s'ajouter à cette énumération des troubles de la dépression psychologique.

7. — LES TRAITEMENTS PAR LA RÉINTÉGRATION DANS LA CONSCIENCE, PAR LA DISSOCIATION ET PAR L'ASSIMILATION DES RÉMINISCENCES.

Si on l'entend de cette manière la réminiscence traumatique joue un rôle important dans un certain nombre de névroses et de psychoses. Entre ceux qui ne se préoccupent jamais de la réminiscence traumatique et qui ignorent même son existence et ceux qui l'imaginent partout il serait juste de placer ceux qui

la constatent dans des cas déterminés. Pour ceux-là il faudrait établir quelques règles de diagnostic. Malheureusement ces faits psychologiques sont encore mal déterminés et il est difficile de donner des indications précises.

Une première indication peut être donnée par une sorte d'élimination : une dépression qui semble accidentelle, qui n'est pas en rapport avec l'état du sujet depuis sa jeunesse, qui ne dépend pas d'une altération visible de sa santé peut être en rapport avec une réminiscence de ce genre. Il me semble important d'éliminer aussi les causes d'épuisement que peut fournir la situation du sujet, son milieu habituel et parmi celles-ci les influences sociales sont, comme on l'a vu, les plus importantes. C'est quand on ne trouve aucune explication dans la vie actuelle qu'il est juste de chercher dans la vie passée du sujet.

Je ne puis m'associer complètement aux critiques qui comme MM. Régis et Hesnard craignent d'attirer ainsi l'attention du sujet sur des détails de sa vie et sur des idées fixes. Évidemment il y a eu sur ce point des exagérations absurdes qui ont tout à fait compromis ces études. Mais l'exagération est aussi mauvaise dans un sens que dans l'autre. Autant dire que le chirurgien ne doit jamais toucher une plaie de peur de la salir et de l'infecter : tout le monde sait qu'il doit y toucher, mais y toucher proprement. Si le médecin n'est pas convaincu d'avance qu'il va trouver un événement responsable de toute la maladie et s'il ne s'entête pas à exiger que cet événement soit d'ordre sexuel, il pourra faire cet examen avec tact et sans troubler outre mesure le malade.

L'étude de la vie antérieure du malade est indispensable et elle doit être faite avec le sujet lui-même, car nous avons besoin de constater les souvenirs qu'il possède de telle ou telle période, la façon dont il les exprime, le degré auquel il les a assimilés. L'école de M. Freud a eu le mérite de comprendre la valeur des études des médecins français sur ce point et de les imiter. Quand on songe à la légèreté avec laquelle sont souvent portés des diagnostics conventionnels uniquement à propos de certains symptômes apparents et très mal compris sans chercher à se rendre compte le moins du monde de l'évolution psychologique qui les a amenés, on ne peut qu'admirer les études minutieuses de l'école allemande sur la vie morale de chacun de ses sujets.

Souvent le malade attire lui-même notre attention sur les

préoccupations qu'il conserve à propos de telle ou telle époque de sa vie ; d'autre part le moment auquel les symptômes ont débuté, leur apparition rapide ou graduelle après tel ou tel événement, certains symptômes qui sont toujours en rapport avec un fait déterminé peuvent nous mettre sur la voie. Des amnésies plus ou moins complètes à propos de certaines époques ou de certains groupes de faits, des délires, des hallucinations, des phobies, des rêveries, des émotions qui surviennent dès qu'on attire l'attention sur ces points confirment ces soupçons. Si on découvre une réminiscence de ce genre il faut ensuite se rendre compte du rôle qu'elle peut jouer encore aujourd'hui. Bien des événements ont été pénibles dans la vie, ont laissé un souvenir plus ou moins émouvant qui en réalité ne jouent plus aucun rôle aujourd'hui. Il ne faut considérer comme une réminiscence traumatique que celles qui se répètent fréquemment aujourd'hui, qui déterminent des efforts constants aisément constatables et capables de déterminer de l'épuisement.

Je ne saurais trop répéter qu'une grande prudence est nécessaire dans cette recherche et dans ce diagnostic. Sans doute les réminiscences traumatiques peuvent ne pas être toujours bien nettes et peuvent quelquefois se dissimuler sous divers aspects, mais il ne faut pas à ce propos se permettre toutes les interprétations trop faciles. Sans doute des réminiscences dangereuses peuvent dans certaines formes d'hystérie se présenter dans des crises, dans des somnambulismes en dehors de la conscience normale, prendre la forme du subconscient, mais il faut se méfier de la subconscience. J'ai été l'un des premiers à décrire cet aspect que peuvent prendre certains faits psychologiques et à présenter cette notion de la subconscience : je n'ai pas toujours été flatté en voyant le développement qu'elle a pris et sa trop belle destinée. La subconscience est devenue dans les études des spirites et des occultistes un principe merveilleux de connaissance et d'action bien au-dessus de notre pauvre pensée, elle est devenue pour les psycho-analystes le principe de toutes les névroses, le *deus ex machina* auquel on fait appel pour tout expliquer. Il me semble que la subconscience ne mérite pas un tel honneur et il suffit, je crois, d'une précaution pour la maintenir dans son rôle. Un phénomène psychologique, qui est toujours en réalité une certaine conduite du sujet, doit toujours pouvoir être constaté par l'observateur. Des phénomènes sépa-

rés de la conscience normale du sujet se manifestent néanmoins dans des somnambulismes, des écritures automatiques, des mouvements, des paroles, il est juste de les constater et de les utiliser quand on les voit. Ce qu'il faut éviter c'est la subconscience que l'on ne voit jamais et que l'on se borne à construire à sa fantaisie. Les exagérations qui ont déparé de belles études doivent nous apprendre à nous méfier des interprétations rapides qui cherchent à prendre trop vite un point d'appui sur des notions psychologiques encore bien fragiles.

La réintégration dans la conscience. — Dans mes premières études, 1889-92, sur les réminiscences traumatiques, j'avais signalé un fait assez surprenant, c'est que dans plusieurs cas les recherches de ces anciens événements, l'expression par le sujet des difficultés qu'il avait rencontrées et des souffrances qu'il avait conservées à leur propos amenaient une transformation remarquable et rapide de l'état maladif et déterminaient une guérison assez surprenante. L'observation de Marie était particulièrement typique : cette jeune fille me raconte en somnambulisme ce qu'elle n'avait osé dire à personne, qu'elle avait eu dès le début de la puberté le dégoût et la crainte des règles, qu'elle avait voulu les supprimer et qu'elle s'était mise dans un baquet d'eau froide, que cela l'avait rendue malade, qu'elle s'était beaucoup interrogée sur la gravité de ce qu'elle avait fait, jusqu'au moment où les crises de nerfs avec frisson et arrêt des règles étaient arrivées, qu'à ce moment elle ne s'était plus rendu compte de ses troubles et de leur origine. A la suite de cette révélation les crises ont cessé et les règles se sont rétablies¹. Ky., femme de 22 ans, finit par expliquer en état de somnambulisme qu'elle a été la maîtresse de son père pendant un an, qu'elle a abominablement souffert pendant des mois de ses craintes de grossesse, qu'elle épiait la moindre sensation, croyant sentir quelque chose d'anormal entre les jambes dès qu'elle essayait de marcher, puis qu'elle ne s'est plus rendu compte de rien et n'a plus pu faire un pas. A mesure qu'elle raconte tout cela, qu'elle reprend l'intelligence de toute l'histoire, elle marche de mieux en mieux et se rétablit rapidement. Le grand délire de possession d'Achille

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 439. *Accidents mentaux des hystériques*, 1894, p. 62. 2^e édition, 1911, p. 311.

cesse rapidement quand il est parvenu à nous raconter qu'il a trompé sa femme pendant son petit voyage, qu'il s'est imaginé avoir attrapé une maladie contagieuse, qu'il a eu peur de la colère de sa femme, etc. On pourrait rappeler aussi une observation assez amusante que j'ai publiée un peu plus tard, celle de Lie., jeune fille de 18 ans, qui avait très souvent depuis deux ans de grandes attaques d'hystérie dans lesquelles elle criait « au voleur » et « Lucien au secours ». Jamais elle ne pouvait expliquer dans son état normal ce que signifiaient ces deux mots. Elle parvint pendant un état hypnotique à raconter complètement l'histoire d'un incendie à la campagne et de son sauvetage par un jardinier nommé Lucien et l'histoire m'a été complètement confirmée par la suite. Quand ces souvenirs furent nets, quand ils furent conscients même pendant la veille, toutes les attaques disparurent¹.

Déjà dans ces premiers écrits j'étais arrivé non sans une certaine surprise à cette opinion que la réminiscence était pathologique parce qu'elle était dissociée; elle subsistait isolément en dehors de l'ensemble des sensations, des idées qui constituent la personnalité, elle se développait isolément sans contrôle et sans contre-poids et le trouble cessait quand elle rentrait dans la synthèse de la personnalité. J'ai été heureux de voir quelques années plus tard que MM. Breuer et Freud avaient pu répéter ces expériences et qu'ils acceptaient ces conclusions sans modifications. « Nous avons remarqué, disaient MM. Breuer et Freud, dans leur premier travail sur l'hystérie, que les symptômes hystériques s'évanouissaient les uns après les autres et sans retour quand on réussissait à mettre l'élément provocateur en pleine lumière et à réveiller l'état affectif qui l'avait accompagné. » Plus tard M. Freud admit que tous les symptômes dépendaient d'une excitation sexuelle détournée de son but original, et il en conclut qu'il suffisait de ramener l'attention du malade sur le phénomène sexuel primitif pour faire disparaître tous les troubles. La plupart des disciples de cette école me semblent encore aujourd'hui admettre ce mode de traitement comme essentiel : M. E. Jones, par exemple, résume toute la thérapeutique dans cette formule : « Il suffit de rendre le malade capable de démêler les processus confus qui siègent au fond de lui-même.... Le rap-

1. *Névroses et idées fixes*, 1893, II p. 234.

pel à la pleine conscience de souvenirs sexuels refoulés sera le procédé essentiel du traitement moral¹. »

La dissociation des réminiscences. — Cette heureuse influence de la réintégration dans la conscience semblait assez évidente au moins dans certains cas, mais elle était loin d'être aussi manifeste dans tous les cas. Tous les désordres nerveux ne cessent pas quand ils deviennent conscients : nous avons observé bien des réminiscences traumatiques qui n'étaient accompagnées d'aucun trouble apparent de la conscience personnelle et qui n'en étaient pas moins dangereuses. M. Morton Prince fait observer justement que ces souvenirs, ces idées sont devenus subconscients parce qu'ils étaient en conflit avec les autres idées et sentiments du sujet. Si on les ramène de force dans cette conscience qui ne les tolère pas ils seront bien vite repoussés de nouveau et tout sera à recommencer indéfiniment. On pourrait présenter bien d'autres réflexions pour montrer que ces traitements ne s'imposent pas à première vue d'une manière indiscutable. Sauf dans des cas exceptionnels la découverte de l'idée fixe n'est que le premier pas et il y a encore beaucoup de chemin à parcourir avant d'amener le malade à la guérison.

D'ailleurs j'ai eu souvent à lutter contre des réminiscences traumatiques qui ne guérissaient pas par cette réintégration dans la conscience. J'ai longuement insisté en 1894-96 sur l'observation de Justine qui, après avoir soigné et vu mourir des cholériques, conserva pendant vingt ans l'idée fixe du cholera sous une forme étonnamment imagée. Elle avait constamment des crises terribles dans lesquelles elle voyait des cadavres de cholériques, sentait en elle-même les symptômes du cholera et les réalisait autant que possible, elle entendait le son des cloches pour l'enterrement des cholériques et pour le sien, etc. Cette malade, soit pendant le sommeil hypnotique, soit pendant la veille, avait la conscience personnelle de ses symptômes et de leur origine et n'en conservait pas moins ses crises.

Pour obtenir la guérison j'ai essayé de mettre en pratique une idée bien simple qui vient immédiatement à l'esprit dès que l'on considère ce genre de malades : ils seraient immédiatement gué-

1 E. Jones, *Symposium* de M. Morton Prince, pp. 42, 114.

ris s'ils oubliaient l'événement, ce serait bien simple. C'est d'ailleurs la conduite que nous avons nous-mêmes dans des circonstances analogues. J'ai déjà fait allusion à la lettre que l'on a reçue et à laquelle on n'a pas eu le courage de répondre tout de suite. Cette lettre reste sur le bureau et entretient constamment le mécontentement et l'effort : un beau jour, après un certain temps écoulé, on la prend et on la déchire en disant : « Eh bien soit, je ne suis pas capable d'y répondre, advienne que pourra ». Cet acte qui est encore une décision et une adaptation se produit, disions-nous, après un certain temps, car le temps diminue l'importance des événements passés, il amène un moment où la lettre n'a plus d'intérêt et facilite l'acte de la déchirer : les paresseux agissent après un certain temps, car c'est en général plus facile. C'est également ce qui se passe chez nos malades eux-mêmes, qui quelquefois guérissent par l'effet du temps, car le temps est un grand maître, même en psychothérapie. Il y a bien des réminiscences qui ont été traumatiques et qui ne le sont plus, soit que le sujet ait renoncé à faire les adaptations, soit qu'il ait fini par les faire à peu près « en y mettant le temps ».

Cette opération qui consisterait à faire oublier immédiatement un événement sans attendre les effets du temps n'est pas aussi simple qu'on l'imagine. « C'est une grande science, disait Taine, pour les peuples et pour les individus, que de savoir oublier. » C'est une science que les névropathes ne possèdent guère ou du moins qu'ils ne savent pas appliquer à propos. Ces malades qui semblent avoir si peu de mémoire quand il s'agit d'acquérir des connaissances nouvelles conservent pendant des années en y pensant nuit et jour le souvenir de quelque tristesse ou de quelque aventure. Ce serait une découverte précieuse pour la psychiatrie que celle qui nous permettrait de créer l'oubli à volonté. L'importance du sujet donne quelque intérêt à ces essais encore bien incomplets de thérapeutique par la destruction des souvenirs.

Au premier abord il semble que l'on doit essayer de supprimer ces souvenirs par la suggestion. Puisque celle-ci est capable de produire des anesthésies et des amnésies systématiques, elle doit supprimer un souvenir encombrant. Les résultats sont peu encourageants : une suggestion de ce genre ne réussit que chez très peu de sujets, uniquement chez ceux qui sont très entraînés à la suggestion et même dans ces cas elle dure très peu. C'est qu'en effet nous nous trouvons ici dans les conditions les plus défavo-

rables à la suggestion. Ce fait psychologique consiste dans le développement d'une idée isolée qui ne rencontre pas dans le champ de la conscience d'autres idées opposées. Or il y a ici une autre idée opposée que la suggestion réveille immédiatement. la distraction nécessaire est fort difficile à obtenir. En répétant la suggestion, chez des sujets jeunes et très dociles, on arrive cependant à triompher dans cette lutte et à effacer le souvenir.

Le plus souvent j'ai dû renoncer à la simple suggestion négative et j'ai été amené à compliquer un peu l'opération de la suggestion. J'ai considéré un souvenir et, en particulier une idée fixe comme une construction, un système composé d'une foule de phénomènes psychologiques associés les uns avec les autres¹. Les éléments sont quelques tableaux visuels, des images empruntées à différents sens, un petit nombre de tendances motrices, et surtout des phrases, des mots. Ce sont les mots qui incarnent souvent l'idée fixe et qui servent souvent à évoquer tout le reste. J'ai cherché à décomposer ce système en le démolissant pour ainsi dire pierre par pierre : c'est ce que j'ai appelé *la dissociation de l'idée fixe*. Dans une étude à laquelle je renvoie sur la dissociation de l'idée fixe de choléra, j'ai dû supprimer peu à peu le son des cloches, la vision des cadavres, leur odeur, puis le nom même de choléra qui constituaient les éléments de cette idée fixe. Parfois je me trouvais bien d'utiliser une sorte de substitution en transformant par des hallucinations provoquées les scènes que le sujet avait devant les yeux. Le travail a été long et difficile mais je suis parvenu à faire disparaître une idée fixe hallucinatoire qui persistait chez la malade depuis plus de vingt ans. Je signalais également à ce propos les heureux résultats qui ont été obtenus par la dissociation de certains rêves qui déterminaient chez deux jeunes filles des incontinenances d'urine nocturnes extrêmement tenaces. On sait, comme M. Jules Janet l'a bien montré, que l'incontenance d'urine nocturne est le plus souvent en rapport avec des rêves. Ceux-ci peuvent être de trois sortes : tantôt il s'agit de rêves vraiment urinaires, tantôt de rêves sexuels, tantôt de rêves simplement émotionnants, de rêves terrifiants par exemple. C'est à cette dernière catégorie que se rattachaient les rêves étudiés dans ces deux observations : les rêves de l'une des malades avaient

1. Cf. Histoire d'une Mégalomanie par hallucinations, 1894, t. p. 141. *Névroses et idées fixes*, 1898, t. p. 157.

toujours rapport à des querelles avec sa belle-mère, ceux de l'autre reproduisaient la triste fin de son petit chien qu'elle avait vu devant elle écrasé par un tramway. Ces rêves retrouvés dans le sommeil hypnotique ont été peu à peu dissociés et l'incontinence a complètement disparu.

Je rattache également à la même méthode la guérison des réveils angoissants de Zy., femme de 45 ans, réveils dépendant de la reproduction perpétuelle d'un rêve où elle assistait de nouveau à la mort de son fils, la guérison des crises de terreur de Mkc. en rapport avec l'évocation d'une bagarre. La contracture de l'épaule dont je viens de parler n'a cédé définitivement et n'a cessé de se reproduire constamment qu'après la dissociation du souvenir de l'omnibus qui avait frôlé le malade, ce qui a été obtenu en 12 séances. Il en a été de même pour les crises de ces jeunes femmes qui reproduisaient des scènes de viol, l'une de ces malades a été rapidement guérie en 4 séances. Les contractures de Cam., femme de 26 ans, réapparaissaient même quand on les avait bien détruites et n'ont disparu qu'après la modification des souvenirs que la pauvre femme conservait de la mort de ses deux enfants. Il fallut pour obtenir cet oubli lui enlever des petites photographies qu'elle portait cousues dans ses vêtements et ce n'est qu'après l'effacement de ces idées fixes que les contractures cédèrent définitivement.

Je dois rappeler ici des traitements que j'ai signalés à propos de la suggestion. On ne se figure pas combien il est quelquefois facile de transformer des passions amoureuses chez des jeunes femmes hystériques d'un esprit simple et peu cultivé. Il suffit de transformer par des affirmations naïves l'image du bien-aimé et le doute surgit tout de suite dans leur esprit. J'ai déjà publié ailleurs le traitement curieux de Vz., femme de 28 ans, qui présentait un grand délire hystérique à la suite d'une déception amoureuse et qui guérit rapidement quand une suggestion irrespectueuse eut gratifié l'image du bien aimé d'un groin répugnant¹. En résumé je retrouve dans mes notes 26 observations dans lesquelles ce procédé de la dissociation des souvenirs a donné de bons résultats.

Cette méthode n'est pas cependant sans de graves défauts : elle ne peut guère réussir que chez des hystériques très sugges-

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, II, p. 134.

tibles, elle est en général longue et d'une application difficile. Elle peut ne détruire le souvenir que d'une façon incomplète, laisser des souvenirs ou des fragments de souvenirs dissociés de la personnalité et préparer des accidents ultérieurs. Quand cette opération de chirurgie psychologique réussit complètement elle laisse dans l'esprit une lacune quelquefois considérable qui peut avoir une certaine importance. On ne sait pas assez que les maladies psychologiques qui ont occupé une certaine période de la vie laissent même après la guérison une trace fâcheuse sous la forme d'une cicatrice psychologique. Les dentistes reconnaissent qu'un enfant a été malade à tel ou tel âge quand ils observent des troubles de telle ou telle dent dont la croissance et l'évolution correspond à cet âge. On saura plus tard qu'un homme adulte présente des troubles de tel ou tel sentiment social, ou des tendances sexuelles, ou des idées religieuses ou scientifiques, parce qu'il a été malade à l'âge où ces tendances se constituent chez l'homme normal. Notre traitement crée des cicatrices psychologiques de ce genre, c'est un pis aller.

La liquidation. — L'étude psychologique des réminiscences traumatiques nous permet de concevoir un traitement plus rationnel. La réminiscence n'est devenue traumatique que parce que la réaction à l'événement a été mal faite : soit en raison d'une dépression existant déjà antérieurement pour d'autres causes, soit en raison d'une dépression produite au moment même par le désordre de l'émotion, le sujet n'a pas pu faire ou n'a fait qu'en partie cette assimilation qui est l'adaptation interne de la personne à l'événement. C'est ce travail qu'il continue à faire d'une manière incomplète et qui l'épuise, c'est ce travail qu'il termine quelquefois tout seul après des mois et des années quand il guérit spontanément. Il faut le lui faire achever rapidement en l'assistant dans ce travail. De la même manière que nous avons supprimé des troubles en aidant le sujet à faire les actes externes réclamés par des situations présentes, il faut maintenant l'aider à faire les actes internes en rapport avec les événements passés.

Cela est beaucoup plus difficile, d'abord parce que nous pouvons beaucoup moins faire les actes à la place du malade, comme nous le faisons quand ils agissait de modifier le monde présent et ensuite parce que notre psychologie en enfance ne nous donne que des notions très vagues sur les actes qu'il faut faire pour

assimiler complètement un événement passé et pour arriver à ne plus s'en préoccuper.

« Lorsqu'on a commis une faute ou une sottise, disait excellemment A. Forel, on doit se hâter de la corriger, de réparer tout ce qui peut l'être, de prendre des mesures préventives pour éviter sa répétition dans l'avenir et puis de mettre le tout au panier. Nous devrions faire de même en ce qui concerne les fautes des autres'. » Ces expressions bien connues que l'on répète sans cesse, « s'y faire, oublier, pardonner, renoncer, prendre son parti, se résigner, » semblent toujours désigner de simples phénomènes de conscience. Il n'y a rien dans la conscience en dehors de l'action et des extraits de l'action. En réalité ces expressions désignent un ensemble compliqué d'actions réelles, d'actes qu'il faut faire, d'autres actes qu'il faut supprimer, d'attitudes nouvelles à adopter et ce sont toutes ces actions qui liquident la situation et qui font que l'on s'y résigne.

Quoique tout cela soit fort difficile, il y a quelques actions précises que l'on peut indiquer au malade et que l'on peut l'aider à accomplir. Emma est très gravement malade depuis la rupture avec son amant, c'est, direz-vous qu'elle ne peut pas s'y résigner. Sans doute, mais ce défaut de résignation consiste en une série d'actions qu'elle continue à faire et qu'il faudrait cesser de faire : elle essaye sans cesse de revoir ce personnage, elle va chez lui pour se faire renvoyer, ou elle erre autour de sa maison. Quand elle le rencontre elle prend une attitude suppliante ou désolée ; elle combine sans cesse des procédés pour le reconquérir, elle organise en imagination la vie qu'elle aura avec lui, etc. « J'ai toujours été extrêmement entêtée, me dit-elle, je suis toujours arrivée à ce que je voulais... Je m'étais mis en tête que si j'avais un amant les choses ne se passeraient pas comme cela... je ne puis pas m'empêcher de travailler encore à arranger les choses comme je veux qu'elles soient... » C'est là cet entêtement que l'on retrouve chez tous les faibles qui ne savent pas changer, qui ne savent pas arrêter une action commencée si les circonstances deviennent différentes. Le médecin doit aider cette femme à cesser toutes ces actions absurdes, il doit lui apprendre à en faire d'autres, lui donner une autre attitude. Oublier le passé c'est en réalité changer de conduite dans le présent.

1. A. Forel, *L'âme et le système nerveux*, 1906, p. 311.

Quand Emma est arrivée à cette nouvelle conduite, peu importe qu'elle ait encore conservé le souvenir verbal de son aventure, elle est guérie de ses troubles névropathiques. Une autre femme nous présente un cas du même genre avec plus de grossièreté peut-être : elle passe tout son temps à attendre un amant qui ne veut plus venir, elle se prépare à le recevoir, elle ne veut pas s'occuper d'aucune autre personne, etc... quand je suis parvenu à lui faire brûler les lettres et les souvenirs, à cesser cette attente éternelle, à voir d'autres personnes elle avoue qu'elle a oublié la scène de la rupture.

L'observation d'Irène me paraît particulièrement intéressante, parce que nous avons vu la conduite absurde qu'elle présentait tout à fait en contradiction avec sa situation, parce que nous avons constaté grossièrement dans son amnésie les lacunes de l'assimilation interne. Après un long travail que j'ai décrit dans ma première étude sur cette malade et sur lequel je reviendrai dans un prochain chapitre je suis arrivé à lui faire retrouver ou plutôt à lui faire construire le discours-souvenir de la mort de sa mère. C'est à partir du moment où elle a été maîtresse de ce souvenir, où elle a pu l'exprimer sans l'accompagner de crises et d'hallucinations que l'événement assimilé a cessé d'être traumatique. Sans doute cette observation très complexe ne peut pas être complètement expliquée par cette interprétation. L'assimilation n'a été qu'un élément de tout un changement de conduite considérable que j'essaierai de résumer plus tard par le mot « excitation ». Le sujet sous l'influence du travail que je lui faisais faire est sorti de sa dépression, s'est excité et est devenu capable de faire cette liquidation. Nous retrouverons ces problèmes à propos de l'aesthésiogénie : il suffit ici d'étudier le fait de l'assimilation d'un événement et son importance. Irène s'est rétablie parce qu'elle est parvenue à faire une foule d'actes d'acceptation, de résignation, de mémoration, de rangement des souvenirs, etc., qu'en un mot elle a pu terminer l'assimilation de l'événement.

Ce dernier traitement des réminiscences traumatiques par le travail d'assimilation n'a été appliqué nettement que dans un petit nombre de cas, il me semble avoir amené la guérison dans une dizaine d'observations. Il est quelquefois long et il présente bien des difficultés, mais il a l'avantage de ne pas exiger l'emploi de l'hypnotisme et de répondre beaucoup mieux au pro-

blème. Je ne puis l'étudier complètement ici, car il soulève le problème de l'action, de l'éducation et de l'excitation que nous retrouverons dans un chapitre suivant.

8. — LES TRAITEMENTS PAR LA DÉCHARGE.

La décharge locale. — Une expression fréquemment employée dans les œuvres de M. Freud et de ses élèves présente quelquefois les traitements de la réminiscence traumatique à un autre point de vue. Le complexus qui est né à propos de l'événement est, disent-ils, « chargé d'affect », il a « une charge émotive » ; il faudrait dépenser cette charge « abreagiren » et cela est devenu difficile à cause du refoulement dans le subconscient ; le traitement consiste à faciliter cette décharge. Cette conception me semble des plus intéressantes : je n'ai pas la prétention d'expliquer comment elle est entendue dans l'enseignement de M. Freud où elle me paraît assez vague et j'é n'essaye pas de discuter ses diverses expressions. Je désire seulement résumer la manière dont je comprends moi-même les faits auxquels elle fait allusion et la façon dont je les exprime depuis bien des années dans mon enseignement sur la force et la tension psychologiques. Ces quelques réflexions ne sont présentées ni comme des explications, ni même comme des hypothèses, elles n'ont d'autre prétention que d'être des expressions conventionnelles pour résumer des faits psychologiques très complexes que nous commençons seulement à entrevoir.

J'évite ordinairement d'employer à ce propos les mots de « quantité d'affect, charge émotive, etc. », que je ne comprends pas bien, car le mot « émotion » a dans mes études un autre sens¹. Je me sers uniquement des mots de « force et de tension psychologiques » qui ont déjà été définis à plusieurs reprises. Comme je l'ai déjà souvent répété dans cet ouvrage, les diverses tendances n'ont pas seulement une tension en rapport avec leur degré hiérarchique et le degré d'activation auquel elles peuvent parvenir, mais elles ont aussi une force psychologique. J'entends par là qu'elles peuvent en s'activant déterminer des mouvements plus ou moins puissants, rapides,

1. Cf. La définition de l'émotion. *Revue neurologique*, 30 décembre 1909.

prolongés. Les tendances élémentaires et anciennes ont en général beaucoup de force, les tendances supérieures et récentes ont d'ordinaire moins de force. Ainsi la douleur (tendance à l'écartement), la peur (tendance à la fuite), la colère (tendance à l'attaque), la faim, la tendance sexuelle ont le plus souvent une grande force, les croyances réfléchies, les idées scientifiques ont le plus souvent une faible force.

Cette force se présente sous deux formes : 1° elle peut exister à l'état de force latente, placée en réserve, capitalisée, si on peut ainsi dire, elle est alors peu apparente et nous ne savons pas bien les phénomènes psychologiques dans lesquels elle intervient, mais son rôle ne doit pas être insignifiant : une tendance au stade de la latence n'est pas une tendance nulle ; 2° elle peut prendre l'aspect de force vive quand la tendance est éveillée et commence à s'activer plus ou moins complètement. La force est alors tirée de la réserve, mobilisée, et elle se manifeste par une foule d'actions complètes ou incomplètes qu'elle tend à produire. L'agitation est l'expression de la force déjà déplacée, mobilisée, prête à agir.

Quand un événement se présente et qu'il nécessite une réaction, celle-ci se fait en partie par la construction d'une tendance nouvelle, assez petite, c'est la part de l'adaptation ; mais elle se fait surtout par l'éveil d'une des tendances latentes qui ont été précédemment organisées. Suivant les circonstances, l'événement n'éveillera que des tendances récentes peu fortes ou bien il éveillera des tendances anciennes très fortes. S'il éveille les tendances à la douleur, à la fuite, à la colère, à la faim, à l'amour, la tendance réactionnelle sera immédiatement chargée d'une grande force vive. La tendance ainsi chargée tend à s'activer, elle inhibe, c'est-à-dire qu'elle draine les autres tendances plus faibles, surtout celles de faible tension et elle peut, si elle n'est pas bien adaptée à la situation, produire beaucoup d'agitation et de grands désordres.

La tendance perd sa charge, se décharge de plusieurs manières. Elle se décharge d'abord en produisant des mouvements nombreux, puissants, rapides, prolongés, mais il semble que de cette manière la décharge soit fort lente, surtout pour les tendances fortement chargées. Elle peut être drainée par une tendance ayant un degré de tension plus élevé : rien ne décharge aussi fortement une tendance qu'un acte de tension élevée accompli à ses frais. Il est probable, comme nous le ver-

rons de plus en plus, que plus une tendance est chargée de force, plus il est nécessaire de lui opposer une tendance de niveau élevé pour la drainer. Enfin nous avons été amenés à supposer en étudiant le dernier degré de l'activation des tendances, le stade du triomphe, qu'il y a à ce moment un drainage particulier des forces mobilisées et inemployées et une nouvelle mise en réserve sous forme de force latente. Ce résumé dont je m'excuse encore et que j'espère pouvoir présenter plus tard d'une autre manière dans la publication de mes cours n'a d'autre valeur que de m'avoir servi depuis le début de mon enseignement à exprimer un peu plus clairement de nombreux faits pathologiques.

Considérons ces individus déjà déprimés, bien entendu, et en état d'hypotension qui n'ont pas actuellement de crise d'obsession, qui sont relativement calmes, mais qui redoutent une crise. « Il me faut soigneusement éviter, disent-ils, les idées qui me frappent; il faut que rien ne m'impressionne, cela me donne une crise si douloureuse. » Que craignent-ils donc et que se passe-t-il quand un événement ou un mot prononcé devant eux leur donne une crise? Il s'agit d'un fait, d'un mot qui éveille en eux une tendance puissante et prête à se mobiliser, en état d'érection, la peur d'une maladie, la peur de l'enfer, la tendance au scrupule, etc. L'éveil de cette tendance puissante met le sujet en possession d'une activité capable de produire des mouvements forts, nombreux, prolongés, leur donne, si on veut, une idée fortement chargée. Un homme normal en serait heureux, car il en tirerait profit en la drainant d'une manière utile; mais ils ont une tension trop faible pour gouverner, utiliser, récupérer cette force, ils ne savent qu'en faire et vont tomber dans l'agitation. La tendance puissante qui a été éveillée va s'activer sous forme de terreurs, de remords, de recherches interminables; ils vont être obligés de lutter désespérément contre elle et ils s'épuiseront dans cette lutte douloureuse.

Une malade faisait à ce propos une remarque intéressante. « Si, dès le début de cette impression que je redoute tant, je fais attention à la chose, si j'y réfléchis, si j'en parle longtemps avec quelqu'un d'intelligent qui m'explique bien, je n'aurai pas de crise. Ce qui est dangereux, c'est un mot entendu en passant que je ne relève pas tout de suite et qui produit un grand travail en dessous. » Nous avons déjà vu une remarque

analogue à propos du mécanisme des suggestions par distraction. En d'autres termes, la force éveillée, mobilisée est au début peu considérable, si on la dépense tout de suite, si on la draine et si on l'assimile même en lui opposant une forte tension, il n'y aura ni crise d'obsession, ni suggestion. Si les forces continuent à être mobilisées pendant longtemps avant qu'on ne s'en préoccupe, elles s'accroîtront et la tension du sujet ne sera plus suffisante pour les dominer, il y aura une crise.

Suivons les mêmes malades quand la crise est déclarée : comment arrivent-ils à se soulager ? L'un de ces malades me disait : « Quelque temps après le début d'une crise d'obsession (il s'agissait de l'obsession de la syphilis), quand elle était déjà grave, j'ai eu l'idée d'aller faire à un parent une visite extrêmement pénible pour moi, de lui dire les sottises que j'avais faites dans ma vie et qui m'avaient exposé à la maladie, de lui raconter une foule de choses qu'il n'avait pas besoin de savoir et qu'il me coûtait beaucoup de lui dire. D'un côté je regrette beaucoup d'avoir fait cette démarche qui a été évidemment absurde, mais d'un autre côté je ne peux pas m'en plaindre car ma crise a été terminée et cela m'a épargné beaucoup de souffrances. » Ce malade évidemment dans les démarches absurdes et pénibles qu'il a faites a dépensé la charge de la tendance malade, il a réussi à la drainer et il a été immédiatement soulagé. Zob., femme de 50 ans, très intelligente, mais très nerveuse avec de grandes agitations à la suite des émotions, sait elle-même « qu'elle vide une émotion et s'en débarrasse si elle est capable de faire un dessin ou une poésie... je me relève la nuit pour écrire une poésie et après je suis guérie et je puis dormir. » Ce moyen n'est malheureusement pas à la portée de tout le monde, mais on peut heureusement arriver aux mêmes résultats avec moins de talent et nous l'avons constaté chez tous les malades dont nous avons constaté les efforts heureux de drainage.

Tous les traitements précédemment décrits qui ont eu de l'action sur les réminiscences traumatiques, les recherches dans la vie passée, les aveux, les efforts pour exprimer, pour mémoriser étaient en réalité des actes difficiles, pénibles, coûteux, qui ont eu probablement une action du même genre. On pourrait reprendre à ce propos, comme un exemple curieux, l'observation de KL, t. 45. Cette femme de 45 ans est une de mes anciennes malades que j'ai traitée il y a quinze ans, quand elle était dans un état de dépres-

sion grave avec des crises d'obsession se prolongeant pendant des mois. Les crises très complexes et curieuses sur la description desquelles je ne reviens pas¹, avaient pour point central une interrogation anxieuse sur un problème bien étrange : « la petite tache que mon dernier enfant a sur la fesse est-elle une preuve qu'il est de mon mari qui a une tache analogue sur la cuisse ? » Cette interrogation se rattachait bien entendu à une histoire d'amour antérieure à la naissance de cette enfant et à des situations morales intérieurement mal liquidées. Divers procédés et en particulier un travail d'assimilation à propos de cette histoire ont permis de la liquider probablement d'une manière incomplète et d'arrêter les crises. Cependant tous les deux ou trois ans, à la suite de fatigues cette crise réapparaît. Kl. a au début des doutes sur la gravité de la crise : « Ce n'est pas sérieux, cela va passer tout seul » et, quoi qu'elle sente bien que les choses évoluent de la même manière, elle laisse passer les premiers jours et retombe rapidement dans son état d'aboulie complète, dans le doute et dans les idées obsédantes. A ce moment elle m'écrit, car elle n'habite pas à Paris et fait un long voyage très pénible dans son état pour venir me voir. Quand elle arrive, quand je lui demande ce qui la trouble et ce qui a nécessité ce voyage, elle se met à pleurer et à gémir et n'arrive pas à s'expliquer : « Vous savez bien ce que j'ai, c'est toujours la même chose, je vous l'ai dit cent fois. — Je l'ai malheureusement oublié. — Vous le savez bien, vous l'avez écrit. — Je ne puis retrouver mes notes, rendez-moi le service de me l'expliquer de nouveau... » Malgré de grands efforts de part et d'autre, elle ne peut arriver à s'exprimer et elle part désespérée. Deux ou trois séances de ce genre sont nécessaires pour qu'elle puisse arriver à avouer de nouveau son idée obsédante « sur la naissance de l'enfant, sur la tache qu'il a au derrière ». En même temps que l'expression se précise péniblement, la malade a des rires, des secousses, des contorsions et elle finit par pleurer abondamment. Elle se sent alors étourdie et très fatiguée, mais elle a un sentiment d'indicible bonheur : « elle n'a plus d'idées fixes, elle ne s'interroge sur rien, les gens n'ont plus des têtes drôles, elle n'est plus une machine, etc. » La transformation est chez elle

1. *Obsessions et psychasténie*, 1^{re} édition, 1903, p. 441.

rapide et ce qui est plus rare elle est durable : je peux la renvoyer chez elle car je sais par expérience que la crise est finie. Ne peut-on pas dire que la tendance créée par la réminiscence était de nouveau chargée, mais que le voyage, les efforts pénibles pour arriver encore une fois à l'aveu, le travail d'expression l'ont déchargée ?

Cette conception est intéressante et se rattache bien à cette psychologie dynamique de la force et de la tension qui me semble aujourd'hui la plus utile dans la clinique psychiatrique. Elle n'est pas complètement satisfaisante si on ne la rattache pas de quelque manière à nos études précédentes. Pourquoi la réminiscence traumatique une fois déchargée par l'aveu ne se recharge-t-elle pas immédiatement ? Ces malades dans leur agitation ont déjà fait à propos de leur idée fixe nombre d'actions pénibles et coûteuses qui ne les ont soulagés qu'un moment et qui ont été rapidement suivies d'une nouvelle agitation. Comment se fait-il que cet aveu, s'il n'est qu'une action coûteuse du même genre, amène une décharge définitive. A mon avis, il n'y a pas eu simplement décharge, il y a eu décharge par une opération de haute tension, l'assimilation qui a liquidé la situation, qui a récupéré les forces, qui les a remises en réserve et qui a arrêté leur mobilisation. La malade précédente, KL., qui est déjà entraînée à ce genre de traitement, croit ce que nous avons décidé de croire à propos de la naissance de l'enfant, elle accepte la décision et c'est pour cela qu'elle arrête ses dépenses épuisantes. Il faut toujours revenir à l'acte de haute tension qui rétablit le **emploi des forces**.

La conception de la décharge ne fait donc que compléter la précédente, mais elle y ajoute des notions psychologiques et peut-être des pratiques intéressantes. Elle nous montre que le danger n'est pas seulement dans l'existence, la construction qualitative de la tendance, mais aussi dans la force dont cette tendance peut disposer. Elle nous apprend que l'acte de liquidation, d'assimilation est plus difficile, demande plus de tension quand il s'agit de tendances fortement chargées. Elle nous montre que les travaux de recherche dans le passé, les démarches, les aveux pénibles ne sont pas inutiles car ils affaiblissent la tendance émancipée et facilitent l'acte d'assimilation. Ce sont là des notions encore très vagues qui prendront de plus en plus d'importance.

La décharge générale. — Ces réflexions sur la décharge d'une tendance particulière, sur une décharge en quelque sorte locale, seront, je crois, mieux comprises si elles sont complétées par quelques études sur la décharge générale et sur son rôle dans les névroses.

Une étude qui serait très instructive porterait sur ce que l'on peut appeler les paradoxes de l'agitation. Nous venons de remarquer dans un chapitre précédent à propos des repos que l'augmentation des forces n'est pas toujours favorable au névropathe, qu'il est souvent plus troublé après une bonne nuit, après les traitements qui l'ont tonifié.

Le phénomène inverse est encore plus intéressant : il s'agit de l'amélioration apparente de la névrose par les affaiblissements profonds de l'organisme qui diminuent les forces. La dernière observation que je viens de recueillir peut être considérée comme le type d'un très grand nombre d'autres du même genre. Mba., jeune homme de 35 ans, était depuis plusieurs mois en pleine crise, incapable de toute action, tourmenté par les doutes, les sentiments de déchéance et de honte, par des scrupules de toutes espèces, et surtout par l'obsession de la mort et l'obsession de la folie, en un mot il était dans une grande agitation anxieuse. Il est atteint d'une angine, non diphtérique mais cependant très grave avec abcès du pharynx, températures de 39 et 40 pendant plusieurs jours, suppression à peu près complète de l'alimentation et il doit supporter fréquemment des petites opérations très douloureuses pendant plus de 15 jours. Pendant ces semaines et pendant les suivantes il est extrêmement affaibli et peut à peine se tenir debout ; mais il présente en même temps un changement radical et merveilleux. Il n'a plus aucune anxiété et quoi qu'il ait été réellement en danger, il ne pense ni à la mort, ni à la folie, il accepte les traitements avec la plus grande confiance sans émettre aucun doute, il supporte courageusement les petites opérations très pénibles : « Ces douleurs physiques ne sont rien à côté de mes anciennes souffrances morales », il prend facilement des résolutions importantes, en un mot tous les symptômes de la névrose semblent disparus. Les troubles psychologiques ne réapparaissent que trois semaines après la guérison de la gorge au moment où le malade semble reprendre ses forces.

D'ailleurs le même fait se constate également dans des circonstances plus importantes. Mme Z. a été à plusieurs reprises

atteinte de broncho-pneumonies sérieuses qui l'ont mise en danger pendant plusieurs semaines. Chaque fois la grave maladie organique a amené une forte amélioration de l'état névropathique. C'est d'ailleurs ce que l'on observe chez beaucoup de malades de ce genre : une grippe, une fièvre typhoïde, un érysipèle, déterminent une sédation des troubles nerveux. Il est inutile de rapporter d'autres observations de mélancoliques momentanément guéris par une fièvre typhoïde, d'obsédés anxieux tout à fait calmés pendant des maladies fébriles, d'épileptiques même très nombreux qui n'ont plus aucun accès pendant une pneumonie ou une fièvre infectieuse, ni pendant la convalescence. Après avoir constaté des faits de ce genre en particulier dans mon ancienne observation de Marceline, j'ai supposé que dans quelques cas l'amélioration était due à la fièvre, à une excitation en rapport avec l'intoxication¹. Cette explication ne convient pas à tous les cas, car l'amélioration est manifeste dans la période de convalescence, quand les malades n'ont plus de fièvre, qu'ils ne sont plus intoxiqués, mais qu'ils sont encore affaiblis : dans tous ces cas l'affaiblissement semble être une condition de l'amélioration morale.

Les femmes présentent presque toujours avant les règles une période de quelques jours pendant laquelle elles ont une vitalité plus grande. Le fait est probablement en rapport avec la sécrétion ovarienne : mais il suffit de rappeler ici que le poids du corps augmente à ce moment, comme je l'ai constaté après bien d'autres dans des courbes de poids fort curieuses que j'ai pu établir pendant des années, que la plupart des fonctions ont une activité plus grande. Inversement après la fin des règles, surtout lorsque celles-ci ont été abondantes, il y a une diminution de poids et un affaiblissement manifeste. Chez certaines névropathes l'état mental suit la même courbe : il y a amélioration avant les règles et affaiblissement ensuite. Mais les choses sont loin de se présenter toujours de cette manière et dans des cas très nombreux on peut observer que ces femmes traversent une mauvaise période avec aggravation de tous les symptômes dans les journées qui précèdent les règles et qu'elles retrouvent le calme dans la période de faiblesse qui les suit. Irène après de très graves hémorragies qui plusieurs fois ont mis sa vie en danger n'a plus

1. *L'État mental des hystériques*, 2^e édition, 1911, pp. 358-369.

d'agitations pénibles, retrouve le calme moral et peut de nouveau manger et dormir.

Un second groupe de faits peut être rapproché de celui-ci. Nous verrons dans les chapitres suivants que les attaques convulsives, les crises de pleurs, les migraines, etc., sont en général de mauvais signes : elles sont les signes d'une détente, elles caractérisent les transitions d'un état de tension psychologique supérieur à un état inférieur. Dans tous les cas, elles sont des dépenses, des épuisements souvent considérables qui diminuent les forces. Comment se fait-il que dans d'autres observations et quelquefois chez le même sujet on observe à la suite de ces phénomènes critiques une certaine amélioration. Il y aurait à ce propos de longues études à faire sur les variétés de ces crises et sur les modifications de l'activité qu'elles déterminent : j'ai recueilli à ce propos un si grand nombre de documents que je ne peux les examiner ici et que je dois les réserver pour une étude plus systématique sur les oscillations de l'esprit. Il suffit de résumer ici l'impression générale que laissent ces observations. Combien de fois n'observe-t-on pas que des malades tourmentés par des agitations variées, anxieux, plus ou moins délirants tombent dans des crises convulsives, hurlent et se débattent pendant des heures, puis se relèvent sans doute avec un certain sentiment de fatigue, mais avec un sentiment de calme délicieux, beaucoup plus heureux et en réalité plus normaux qu'avant la crise.

Des exercices violents qu'ils soient ou non recherchés volontairement peuvent avoir des résultats identiques à ceux de l'attaque et rien n'est plus instructif à cet égard que l'observation de Gt., homme de 30 ans. Ce jeune homme est physiquement très robuste, mais il n'a qu'une très petite énergie morale, une faible tension psychologique et il tombe dans des dépressions graves à la suite du moindre changement dans sa vie, de la plus petite émotion. Il devient triste, hésitant, douteur, il a des sentiments d'incomplétude, des manies d'interrogation, des angoisses, il ne peut ni digérer, ni dormir. Il sait fort bien le remède qui lui convient et dont il a maintes fois constaté l'efficacité. Si les circonstances le permettent, il part à pied ou en bicyclette, il fait sans arrêt des courses énormes, ou bien il démonte et nettoie un automobile, ou bien il fait quelque autre travail manuel très dur pendant plusieurs heures. Quand il tombe de fatigue, il se sent très calme, il n'a plus de troubles mentaux, il peut diner sans

inconvénients car il digère fort bien et la nuit suivante il dort parfaitement.

Quelques auteurs en petit nombre se sont déjà préoccupés de ces faits et ont essayé de leur donner une explication physiologique. Féré disait autrefois que le système nerveux ne peut supporter une grande tension et se décharge aussitôt que cette tension monte. M. Deschamps répète en d'autres termes que « les centres nerveux ne supportent pas une tension dépassant un point donné, toujours le même pour l'état des forces dans lequel il se trouve... le sujet doit dépenser immédiatement l'énergie que lui fournit son moteur sinon il y a de l'excitation, puisque ses centres ne supportent pas une trop grande tension¹ ». Il me semble inutile et dangereux de traduire ainsi ces faits psychologiques en un langage physiologique tout à fait arbitraire et j'ai essayé moi-même depuis bien des années de donner à ces faits une expression psychologique correcte en prenant pour point de départ des définitions nettes de la tension et de la force psychologiques, c'est ce qui m'a conduit à mes longues études sur la hiérarchie des tendances et sur les degrés d'activation.

La force psychologique c'est-à-dire la puissance, le nombre, la durée des mouvements ne doit pas être confondue avec la tension psychologique caractérisée par le degré d'activation et le degré hiérarchique des actes. Il est probable que dans la conduite normale, chez des individus bien équilibrés une certaine relation doit être maintenue entre la force disponible et la tension et qu'il n'est pas bon de conserver une grande force quand la tension a baissé, il en résulte de l'agitation et du désordre. Une comparaison permet d'illustrer cette loi peu connue : des individus qui n'ont pas l'habitude de l'ordre et de l'économie ne savent pas se conduire et font des actes dangereux s'ils ont entre les mains tout d'un coup une grosse somme d'argent : « Si je me suis abominablement enivrée, me dit une pauvre femme, c'est la faute de mon patron qui m'a remis à la fois 70 francs, je ne peux tolérer à la fois que 25 francs ; que voulez-vous, 70 francs je ne sais pas qu'en faire, alors je les bois. » La tension psychologique, grâce à l'exécution des actes élevés qui sont coûteux et avanta-
geux, grâce à la mise en réserve qui résulte des derniers degrés de l'activation permet d'utiliser de grandes forces disponibles.

1. A. Deschamps, *Les maladies de l'enferme*, 1904, p. 93 (F. Alcan).

Mais quand cette tension est faible il vaut mieux ne disposer que de petites forces et par conséquent il est dans certains cas avantageux de dissiper les forces surabondantes d'une manière quelconque de manière à rétablir la proportion entre la force et la tension, car le rétablissement d'un certain équilibre entre une tension faible et des forces réduites par la décharge permettra une activité inférieure sans doute mais plus correcte et moins dangereuse. Telle est l'idée générale de la décharge qui doit jouer un rôle important dans l'interprétation de beaucoup de phénomènes pathologiques.

Cette interprétation tout à fait schématique permet en effet de comprendre un certain nombre des faits précédents, les améliorations qui se produisent après des actions violentes et les impulsions à la recherche d'actions de ce genre. Nous retrouvons la décharge dans les grandes marches, les fugues, les dromomanies, dans les batailles, les scènes, les travaux excessifs de toutes sortes. Il est également possible qu'il y ait une décharge de ce genre dans les actes pénibles, émotionnants, dans les efforts pour échapper aux dangers, dans les actes de dévouement. Beaucoup de ces conduites sont à ce point de vue comparables à des attaques convulsives et par conséquent, l'amélioration que l'on constate à leur suite, la disparition des agitations, le sentiment de calme et la restauration de certaines activités peuvent être considérées comme la conséquence de cette réduction des forces qui les met mieux en proportion avec une faible tension psychologique. Quand nous étudierons dans un prochain chapitre le rôle des actions, et l'excitation qu'elles procurent, nous serons souvent arrêtés par un problème difficile : le bénéfice de l'acte est-il dû à l'excitation de l'action elle-même ou n'est-il pas simplement le résultat d'une décharge ? Il nous suffit de constater ici l'importance et le mécanisme des améliorations par la décharge.

De ces remarques on pourrait tirer toute une thérapeutique par la décharge et je m'étonne qu'une thérapeutique de ce genre n'ait pas encore donné naissance à une école spéciale. Déjà Charcot trouvait bon que certains malades aient des crises convulsives et conseillait même de les provoquer. On a souvent fait observer qu'il est mauvais de trop contenir un agité et qu'il faut le laisser dépenser ses forces. Je ne serais pas éloigné de croire que certains traitements médicamenteux usuels, en particulier les traitements par les bromures n'aient une action de ce genre et ne

produisent une intoxication qui réduit les forces, et qui amène le calme par un phénomène analogue à la décharge.

Quoi qu'il en soit, il n'existe guère actuellement de traitements qui se proposent ouvertement d'affaiblir les névropathes pour les guérir et la dépense générale des forces n'est guère considérée comme un traitement sauf dans des cas exceptionnels. Mais sa possibilité et dans quelques cas son utilité évidente nous permettent de mieux comprendre les études précédentes sur les décharges locales dans les réminiscences traumatiques. Elles nous font voir que dans certains cas le malade trouve un avantage dans la perte de ses forces, qu'il a moins de travail à faire pour gouverner, employer, drainer, mettre en réserve les forces plus réduites. En somme il dépensait de nouvelles forces et il s'épuisait pour maintenir sur le pied de mobilisation ces forces dont il ne tirait aucun parti. C'est une économie pour lui que de les abandonner une fois pour toutes : cette dépense une fois faite lui en épargnera d'autres bien plus graves. C'est ainsi que les traitements par la liquidation auxquels nous ont amenés les études sur les réminiscences traumatiques soulèvent les problèmes plus généraux de la décharge et de son importance dans la thérapeutique psychologique.

9. — LES ÉCONOMIES PSYCHOLOGIQUES.

Les trois chapitres précédents, les traitements par la désinfection morale, les traitements par le repos, les traitements par l'isolement me semblent présenter au point de vue psychologique les plus grandes analogies et pouvoir être réunis sous un même titre : « les thérapeutiques par l'économie ».

La plupart des névropathes sont des déprimés, des épuisés, ou ils l'ont été au début de leur maladie : leurs troubles mentaux tirent leur origine de cette dépression même. Si on ne permet d'employer la comparaison pécuniaire toutes ces maladies ne sont au fond que diverses manières de faire faillite et de tomber dans la misère, mais cette ruine, cette misère ne semblent pas chez tous avoir le même point de départ. Une partie de ces individus semble avoir des ressources suffisantes, mais ils sont amenés à la ruine parce qu'ils ont constamment une certaine dépense supplémentaire à côté de leur train de vie ordinaire et que cette dépense cachée

est trop considérable pour leurs ressources. Cette dépense supplémentaire dépend d'une affaire non liquidée que le sujet traîne indéfiniment avec lui. Il a conservé des intérêts dans une affaire qui ne marche pas, qui ne lui rapportera jamais rien et qui lui coûte quotidiennement des sommes énormes. C'est ainsi que nous avons compris les souvenirs traumatiques et un grand nombre d'idées fixes. La thérapeutique découle de cette interprétation, il faut fermer cette fuite : toutes les méthodes de désinfection morale n'ont pas d'autre but que de supprimer cette dépense inutile. Comme le malade n'est pas capable de le faire tout seul, il faut l'amener à liquider cette ancienne affaire qui le ruine et les revenus restants seront très suffisants pour les dépenses de la vie courante. Les méthodes de traitement que nous avons réunies sous le nom de méthodes de liquidation morale ne sont que des méthodes d'économie.

Leur importance est très considérable car un grand nombre de malades ont des épuisements déterminés par ce travail d'assimilation interne inachevé et beaucoup obtiennent, grâce à l'une ou à l'autre des méthodes que je viens d'étudier, une guérison très sérieuse. Je n'ai signalé qu'une cinquantaine de mes malades que je considère comme guéris par ces procédés de liquidation, parce que je me suis montré sévère dans le diagnostic et que je ne voulais pas mêler avec eux ceux qui présentaient une dépression plus ou moins indépendante des vraies réminiscences traumatiques. Mais il serait facile de compter un nombre beaucoup plus considérable de malades de diverses espèces qui ont été soulagés, dont les crises ont été abrégées par cette liquidation morale. Dans beaucoup de cas, quand il s'agit de malades jeunes, quand la liquidation arrive assez à temps pour que l'épuisement ne soit pas trop profond et définitif, la guérison et le relèvement des forces peut être complet et plus d'un malade n'a plus eu d'autres crises pendant des années.

Mais il ne faut pas conserver à ce propos trop d'illusions et exagérer l'emploi de cette méthode comme cela est arrivé aux disciples de M. Freud; la dépression, comme la ruine, n'est pas causée uniquement par une dépense excessive en dehors du budget normal. Il ne faut pourtant pas, en présence de tout misérable qui n'a pas un sou et qui n'a jamais rien possédé, lui dire gravement qu'il est pauvre parce qu'il entretient encore une ancienne maîtresse, ou qu'il continue à payer en secret les frais d'une écurie de course et lui

déclarer qu'il n'a qu'à liquider son écurie pour sortir de la misère. La misère, hélas ! tient souvent à bien d'autres causes qu'à des gaspillages. Même dans les cas où la maladie a commencé à propos d'un événement particulier et a été au début en rapport avec lui, il peut fort bien arriver que peu à peu elle en devienne indépendante. L'esprit s'est peu à peu épuisé dans cette lutte stérile et, même s'il renonce maintenant à lutter, il n'en reste pas moins épuisé. Pour reprendre notre comparaison financière, un individu s'est ruiné peu à peu parce qu'il entretenait une maîtresse à l'insu de tous à côté de son ménage, il arrive un moment où, même si l'on supprime cette fuite, la ruine n'en est pas moins complète. Il n'est pas nécessaire de revenir sur ce cas tout particulier : on peut très bien admettre que dans d'autres cas encore plus nombreux l'épuisement ne dépend pas d'une réminiscence du passé mais qu'il dépend d'événements actuels, qui existent aujourd'hui et qui se reproduisent tous les jours. Le malade, quoi qu'il soit évidemment un pauvre, aurait des ressources suffisantes pour une dépense modeste, mais il a à subvenir à un ménage trop coûteux.

Pour éviter la faillite et la misère ce sont les dépenses mêmes de la vie journalière qu'il faut malheureusement réduire et c'est ce que l'on essaye de faire en supprimant tous les actes quels qu'ils soient et en immobilisant le malade dans son lit. Théoriquement le procédé semble excellent car il semble supprimer absolument presque toutes les dépenses. Nous avons vu que ce n'est pas toujours exact et que d'ailleurs il n'est pas toujours nécessaire, quand le budget doit simplement être réduit, de supprimer toutes les dépenses, quelles qu'elles soient. Il n'est pas toujours indispensable de réduire le malade à l'immobilité absolue, il suffit de discerner quelles sont les actions les plus coûteuses, les dépenses les plus ruineuses et de supprimer de telles actions en ne conservant que les actes les plus indispensables et les plus simples, qui demandent le moins de dépenses. La méthode de traitement par le repos est donc encore à plus juste titre une méthode d'économie.

D'ailleurs cette méthode de simplification de la vie se rattache également au traitement précédent des réminiscences traumatiques. Ce n'est pas suffisant de supprimer l'accident actuel du malade, il faut craindre les rechutes et empêcher autant que possible qu'à la suite d'un nouvel événement impressionnant mal liquide ne surgisse bientôt une nouvelle réminiscence trauma-

tique. Paul, dont nous venons de voir les accès épileptiques à la suite des essais de triomphe, nous indique lui-même les précautions qu'il faut prendre. Il sait très bien que tout spectacle ou toute circonstance impressionnante est dangereux pour lui, il se défie de tout ce qui peut déterminer une joie vive, un chagrin profond, un sentiment réel ; il renonce aux spectacles, aux concerts « qu'il aime trop », il n'ose plus faire aucun voyage, « car des pays nouveaux pourraient l'enthousiasmer », il n'arrête même plus sa pensée sur un plaisir futur et n'ose pas penser qu'il va gagner de l'argent : « Il me faut un état gris sans émotion et je me fais la vie qu'il me faut. » Sans doute ses précautions finissent par devenir exagérées quand il n'ose plus prendre jamais un chemin de fer, ni dépasser les faubourgs de sa petite ville. Mais elles n'en ont pas moins été raisonnables et leur bon effet est incontestable puisqu'il est arrivé ainsi à rendre les accès épileptiques excessivement rares et à passer une année entière sans en avoir : il semble avoir réduit son infirmité au minimum.

Ces précautions sont excellentes et peuvent aisément se justifier : de même que nous venons d'éviter les occasions d'assentiment réfléchi, les occasions de travail prolongé, nous devons éviter également les occasions de triomphe qui présentent les mêmes difficultés et les mêmes dangers. Sans doute il est triste de priver le malade des joies de la vie, de lui interdire les triomphes, les enthousiasmes, les emballements, mais cela est souvent très utile et cela est en général facile, car ces malades sont des tristes qui restent presque toujours au moins au premier degré de la dépression et qui sont habitués à une vie terne. Il faut à l'exemple de ce malade Paul dont nous venons de voir les précautions leur éviter les fêtes, les cérémonies, les réunions nombreuses. Quelques malades seulement résisteront, ce sont ceux qui poursuivent désespérément, comme par une obsession impulsive, les joies et les emballements : il faudra sans cesse leur en montrer le danger et les arrêter autant que possible. On dira qu'il est impossible d'éviter les occasions de chagrin, de surprise, de regret : ce n'est pas tout à fait vrai. On peut éviter les circonstances qui nous exposent à des ruptures, à des déceptions, on peut éviter de prendre les choses trop à cœur et rendre bien plus rares les occasions qui réclament un triomphe ou une liquidation et plus rares aussi les occasions de réminiscences traumatiques.

Enfin l'analyse psychologique nous montre clairement que les

actes les plus compliqués sont les actions sociales, que les dépenses exigées par l'adaptation aux individus qui nous entourent sont de beaucoup les plus grandes. Il en résulte que ce sont surtout ces dépenses-là qu'il faut restreindre et éviter. L'isolement le plus complet possible, la vie sociale réduite à des relations artificielles avec des individus qui n'exigent que bien peu de dépenses est nécessaire dans les cas les plus graves. La simple restriction des relations sociales, la distinction si importante des individus coûteux et des individus bon marché permet d'éviter cet isolement complet et de réduire les dépenses sociales aux dimensions d'un budget exigü. Les traitements par l'isolement et par les séparations sont la forme la plus parfaite des économies mentales. Il y a donc là un ensemble de thérapeutiques du même genre qui ont la plus grande importance. Rien n'est plus urgent quand on se trouve en présence d'un individu acculé à la faillite que de réduire ses frais et d'établir une stricte économie.

Ce résumé un peu métaphorique nous permet assez bien de comprendre les avantages de ces traitements, il en montre aussi les insuffisances. D'abord il ne faut pas oublier que les actes nécessaires pour supprimer les réminiscences traumatiques, les liquidations sont des actions souvent très difficiles et très coûteuses. Nous venons de voir leurs heureux résultats, mais nous avons été prévenus qu'il y aura lieu d'insister longuement sur leurs difficultés et sur les frais de leur production. D'autre part la vie réduite à laquelle tous ces procédés condamnent les malades a de bien grands inconvénients, elle n'est guère en rapport ni avec leurs goûts, ni avec leur condition, elle impose au sujet et souvent à sa famille une situation fort pénible. Enfin l'avenir qu'elle propose n'est guère séduisant, car elle ne permet l'augmentation du capital psychologique que bien lentement : on sait trop bien que dans la plupart des cas il ne suffit pas d'économiser même sévèrement pour faire fortune. C'est pourquoi on comprend que d'autres traitements aient été proposés, plus aventureux peut-être, mais capables d'offrir de plus belles perspectives. Ce sont ces traitements que nous aurons à étudier dans le troisième volume de cet ouvrage sous le titre de traitements par les acquisitions psychologiques.

TABLE DES CHAPITRES

LES ÉCONOMIES PSYCHOLOGIQUES

	Pages
INTRODUCTION.	1
CHAPITRE I. — Les Traitements par le Repos.	3
1. — Historique des traitements par le repos.	4
2. — Le mépris de la fatigue.	12
3. — Le rôle de la fatigue.	20
4. — Les actions épuisantes.	42
5. — Les dépenses dans les actions épuisantes.	61
6. — Le repos complet.	82
7. — Les économies raisonnées et la vie restreinte.	96
CHAPITRE II. — Les Traitements par l'isolement.	108
1. — Historique des traitements par l'isolement.	108
2. — Les effets les plus apparents de l'isolement.	113
3. — La conduite sociale du névropathe.	118
4. — Les impulsions à la recherche de la domination.	128
5. — Les impulsions de l'agression.	146
6. — Les individus fatigués et antipathiques.	162
7. — Le groupe névropathique et la contagion des névroses.	179
8. — Le repos social par l'isolement.	189
CHAPITRE III. — Les Traitements par la Liquidation morale.	204
1. — Les études sur les réminiscences traumatiques.	204
2. — La psycho-analyse de M. Freud.	214
3. — La théorie sexuelle des névroses.	225
4. — Le problème des troubles sexuels dans les névroses.	235
5. — Les exagérations systématiques de la psycho-analyse.	252
6. — L'événement non assimilé.	268
7. — La réintégration, la dissociation, l'assimilation des réminiscences.	280
8. — Les traitements par la décharge.	292
9. — Les économies psychologiques.	303

La Bibliothèque
Université d'Ottawa
Échéance

The Library
University of Ottawa
Date Due

JAN 29 '80

FEB 13 '80

FEB 19 '80

OCT 14 1986

OCT 28 1986

NOV 11 '86

CE



a39003 004956917b

RC 495 . J3 1919 V2

JANET, PIERRE

MEDICATIONS PSYCHOLOGI

Janet, P.
Les médications
psychologique
t. 11

U D' / OF OTTAWA



COLL	ROW	MODULE	SHELF	BOX	POS	C
333	12	04	09	14	01	2