

Pierre Janet (1923)

La médecine psychologique

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jmt_sociologue@videotron.ca

Site web: <http://pages.infinit.net/sociojmt>

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"

Site web: http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.quebec.ca/index.htm>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Pierre Janet (1923)

La médecine psychologique (1923)

Une édition électronique réalisée à partir du livre de Pierre Janet, **La médecine psychologique. Les origines de la psychothérapie. Le magnétisme et la foi religieuse. La puissance de l'esprit. Les diverses influences morales. La suggestion. L'excitation psychologique et la dépression. Résultats de la psychothérapie.** (1923). 1^{re} édition: Paris, Ernest Flammarion Éditeur, 1923. Réédition du texte en 1980: Paris: La Société Pierre Janet et du Laboratoire de Psychologie Pathologique de la Sorbonne du CNRS, 1980, 166 pp.

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times, 12 points.

Pour les citations : Times 10 points.

Pour les notes de bas de page : Times, 10 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2001 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format
LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition complétée le 24 décembre 2002 à Chicoutimi, Québec.
22h 43 min.



Table des matières

[Introduction](#)

Première partie : [Évolution des psychothérapies](#)

Chapitre I. - [Les miracles, le magnétisme animal](#)

Chapitre II. - [Les thérapeutiques issues du magnétisme animal](#)

1. [La « Christian science »](#)
2. [La suggestion hypnotique](#)
3. [Les aesthésiogénies](#)
4. [La liquidation des souvenirs traumatiques et la psycho-analyse](#)

Chapitre III. - [Les thérapeutiques issues des pratiques religieuses.](#)

1. [L'isolement](#)
2. [La rééducation](#)
3. [La moralisation médicale](#)
4. [Les traitements par la foi et par le travail](#)
5. [Les directions morales](#)

Chapitre IV. - [Les traitements psycho-physiologiques](#)

1. [Les théories viscérales des névroses et les traitements psychologiques indirects](#)
2. [Les traitements par le repos](#)

Deuxième partie : [Les principes](#)

Chapitre I. - [L'action morale](#)

1. [L'insuffisance des observations](#)
2. [L'efficacité réelle des psychothérapies générales](#)
3. [Les interprétations inexactes](#)
4. [La puissance de l'esprit](#)

Chapitre II. - [L'utilisation de l'automatisme](#)

1. [Le mécanisme de la suggestion](#)
2. [Les changements d'état psychologique](#)
3. [Le fonctionnement automatique des tendances](#)
4. [La puissance de l'automatisme](#)

Chapitre III. - [Les économies psychologiques](#)

1. [Les problèmes de l'épuisement](#)
2. [Les dépenses de l'esprit](#)
3. [La peur de l'action et le repos complet](#)
4. [L'économie par l'isolement](#)
5. [L'économie dans les liquidations](#)
6. [L'économie dans les directions et dans diverses thérapeutiques](#)

Chapitre IV. - [Les acquisitions psychologiques](#)

1. [L'acquisition de tendances nouvelles](#)
2. [L'augmentation des forces](#)
3. [Les trois principes de l'excitation](#)
4. [Les excitations dans les psychothérapies](#)

Troisième partie : [Les résultats des psychothérapies](#)

Chapitre I. - [Les applications C](#)

1. [Les diagnostics psychothérapeutiques](#)
2. [Les traitements des déviations fonctionnelles](#)
3. [Les traitements des épuisements psychologiques](#)
4. [Les traitements des hypotonies psychologiques](#)

Chapitre II. - [La psychothérapie](#)

1. [L'évolution de la psychothérapie](#)
2. [Les progrès de la psychothérapie](#)

PIERRE JANET

La médecine psychologique

Les origines de la psychothérapie.

Le magnétisme et la foi religieuse.

La puissance de l'esprit.

Les diverses influences morales.

La suggestion.

L'excitation psychologique et la dépression.

Résultats de la psychothérapie.

1re édition 1923. Paris, Ernest Flammarion Éditeur

Réédité en 1980

par les soins de la Société Pierre Janet

et du Laboratoire de Psychologie Pathologique de la Sorbonne

avec le concours

du Centre National de la Recherche Scientifique

[Retour à la table des matières](#)

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Toutes les sciences parvenues à un certain degré de développement ont des applications pratiques. La psychologie, qui a la prétention d'être devenue plus scientifique, est-elle susceptible de rendre des services dans le traitement de certaines maladies ? C'est le problème que j'ai autrefois essayé d'étudier dans mes leçons sur la psychothérapie faite en 1904 à l'Institut Lowell de Boston (Mass. U.S.A.), qui ont été publiées dans mon livre sur *Les médications psychologiques* (chez Alcan, 1920). Cet ouvrage en trois volumes in-8° présente un grand développement à cause des études historiques et bibliographiques et surtout en raison des très nombreuses observations de malades que j'ai été obligé de présenter à propos de chaque méthode thérapeutique pour montrer comment ces traitements psychologiques ont été appliqués et les résultats qu'ils ont donnés. Je reprends ici ces études à un autre point de vue, en insistant surtout sur les méthodes de la psychothérapie et sur leurs principes fondamentaux et en renvoyant à l'ouvrage précédent pour les détails bibliographiques et pour les applications pratiques.

La première partie de ce livre résumera brièvement l'évolution des diverses méthodes de traitement moral en montrant leur origine historique, la deuxième partie étudiera les phénomènes psychologiques et les lois sur lesquelles reposent les plus intéressantes de ces méthodes et la troisième indiquera dans quelles conditions ces méthodes de traitement peuvent être appliquées avec des chances de succès.

La médecine psychologique

Première partie

Évolution des psychothérapies

[Retour à la table des matières](#)

Première partie : Évolution des psychothérapies

Chapitre I

Les miracles, le magnétisme animal

[Retour à la table des matières](#)

La médecine, comme toutes les autres sciences d'ailleurs, a pris son point de départ dans les anciennes pratiques religieuses et magiques. Les hommes qui souffraient criaient et appelaient à l'aide ; ceux qui les entouraient, poussés par des tendances sociales qui existaient déjà chez les animaux, cherchaient à leur donner des soins. L'intelligence primitive distingua rapidement des cas où le secours était facile et efficace quand il suffisait de donner à manger ou à boire à ceux qui souffraient de la faim ou de la soif et les cas où les souffrances et les cris continuaient malgré les secours, comme cela arrivait dans les blessures et les maladies. Cet insuccès déterminait des efforts et de l'agitation par dérivation et on se mit à pratiquer sur les malades ou autour d'eux toutes espèces d'opérations bizarres. A cette époque du développement de l'esprit que j'ai désigné sous le nom de stade appétitif ou pithiatique, quand commencèrent à se former par l'affirmation les premières volontés et les premières croyances sans réflexion, ces pratiques devinrent rituelles sous la forme religieuse ou sous la forme magique.

Les traitements religieux des maladies les plus diverses, les guérisons miraculeuses attribuées à l'intervention des Dieux ont existé dans toutes les civilisations et dans toutes les religions : on les retrouve encore dans les religions les plus récentes et les

plus élevées. On peut prendre comme exemple les traitements et les miracles qui ont rendu célèbre dans l'antiquité grecque le temple de l'Asclépieion à Epidaure et qui ont été bien décrits par Paul Girard dans son livre sur l'Asclépieion, 1887. Cette description a été mise en lumière par l'usage qu'en a fait Charcot dans son article sur « la foi qui guérit »¹. Dans le fond du temple se trouvait la statue qui avait le pouvoir d'opérer les guérisons miraculeuses. Autour d'elle et dans les diverses parties du temple étaient rangés des serviteurs de toute espèce et des prêtres chargés de diverses fonctions. Les uns devaient porter ou conduire les malades, les autres étaient médecins et devaient constater la maladie à l'entrée et s'il y avait lieu la guérison à la sortie ; ceux-ci étaient des intercesseurs faisant métier de remplacer le malade auprès du Dieu et d'implorer sa protection aux lieux et places de leurs clients, ceux-là étaient des interprètes chargés d'expliquer le traitement que demandait le Dieu et de le faire appliquer ; d'autres enfin tenaient simplement la comptabilité et recevaient les cadeaux nombreux des malades reconnaissants.

Ceux-ci en effet arrivaient en foule des plus lointains pays après un long et pénible voyage : dès leur arrivée, afin, de se rendre le Dieu favorable, ils déposaient à l'entrée du temple de riches présents et se plongeaient dans la fontaine purificatrice. Après ces préliminaires ils étaient admis à passer une ou plusieurs nuits sous les portiques du temple sans avoir encore le droit de pénétrer plus loin. Ce n'est qu'après cette attente anxieuse occupée par des prières publiques et des exhortations éloquentes que le malade pénétrait enfin dans le temple et qu'il recevait des conseils sous la forme d'oracles ou de songes prophétiques.

Des inscriptions nous rapportent le détail des guérisons remarquables ; ceux qui trouvaient la guérison dans l'Asclépieion ornaient les murs d'inscriptions votives qui conservaient le souvenir du miracle et en même temps rendaient célèbre le nom du miraculé. Le Brave Valerius Aper est encore cité aujourd'hui pour sa guérison comme s'il avait accompli des actions héroïques. Les miraculés ajoutaient aussi sur les murs de petits objets en matière plus ou moins précieuse représentant la partie du corps qui avait été guérie. Aussi retrouve-t-on dans les anciens sanctuaires de l'Égypte, de la Grèce, de Rome, des bras, des jambes, des cous, des seins en pierre, en marbre, en argent ou en or.

Au Moyen Age, quoique le nom du Dieu ait été changé, les guérisons par des miracles restent exactement les mêmes. Plus tard la foi aux miracles ne disparut pas : les miracles opérés sur la tombe du diacre Paris au cimetière Saint-Médard vers 1736 sont parmi les plus remarquables. Les miracles se produisent encore de nos jours, simplement parce que la science médicale n'a pas fait encore assez de progrès pour les rendre inutiles. Ils existent encore dans tous les pays: Le livre de NI. Percival Lowell sur « the occult Japan or the way of the Gods » publié en 1894 nous montre au Japon des procédés de guérison miraculeuse exactement semblables à ceux que nous avons vus dans l'Égypte ou dans la Grèce ancienne et à ceux qui existent encore aujourd'hui en France. Des guérisons remarquables racontées d'une manière plus ou moins impressionnante sont réellement fréquentes dans les Annales de Lourdes et nous pouvons constater avec satisfaction que nous ne sommes pas au XXe siècle trop au-dessous des miracles qui s'accomplissaient à l'Asclépieion plusieurs siècles avant J.-C.

¹ *Archives de neurologie*, 1893. *La revue hebdomadaire*, 3 décembre 1892.

Les traitements religieux ne sont pas les seuls qui méritent le nom de traitements miraculeux. Ce qui est essentiel dans le miracle, c'est que l'homme désire ardemment un certain phénomène mais qu'il n'en connaît pas assez bien les conditions déterminantes pour le reproduire avec régularité et certitude. Les forces qu'il appelle à son secours ont d'abord été les Dieux, puis par une évolution naturelle elles sont devenues des forces naturelles ; mais des forces très mystérieuses agissant suivant des lois inconnues et en somme analogues à des caprices divins. Beaucoup de traitements magiques sont encore très près des pratiques religieuses : ils utilisent d'anciens pactes plus ou moins oubliés qui évoquaient un Dieu ou un démon.

Un des traitements qui au début surtout se rapprochait beaucoup de ces traitements magiques mérite une étude particulière. Le magnétisme animal me semble avoir joué le rôle d'intermédiaire entre les traitements religieux et magiques et les thérapeutiques psychologiques ; les études qu'il a provoquées ont préparé les analyses de la psychologie pathologique et ont donné une orientation particulière à une grande partie de la science psychologique. Un jour on rendra justice à ces vaillants travailleurs de la première heure et on écrira de longues histoires sur toutes leurs œuvres. Je ne puis ici que chercher à faire comprendre quel a été leur place dans l'évolution de la psychothérapie.

Mesmer, 1734-1815, né à Vienne ou à Mersebourg, a donné son nom à la doctrine qui fut d'abord le mesmérisme et il est considéré comme son fondateur, mais il est peut-être le moins intéressant de ces écrivains. Il eut l'intelligence de parler de forces encore bien inconnues, des forces du magnétisme, de l'électricité, des forces nerveuses : « L'influence des planètes, disait-il, s'exerce sur le corps humain au moyen d'un fluide universel dans lequel tous les corps sont plongés ». La maladie n'est qu'une aberration dans la répartition harmonieuse de ces fluides, le traitement consiste à rétablir cette harmonie par une application du magnétisme qui sort de l'être vivant.

La deuxième période du magnétisme animal que l'on peut faire commencer en 1786 ou 1787 avec les publications du marquis de Puységur et du Dr Péтетin de Lyon, mais qui ne fut en réalité brillante qu'à partir de 1813, époque des premiers livres de Deleuze, a pour point (le départ l'étude d'un fait remarquable observé pour la première fois par Puységur dans sa terre de Buzancy où il magnétisait tous les malades qui s'adressaient à lui en imitant les procédés de Mesmer. Il les appliquait un jour à un jeune berger nommé Victor et il cherchait à produire la crise salutaire. Au lieu de commencer des contorsions, le jeune homme parut s'endormir paisiblement et entra dans un état bizarre où il pouvait remuer et parler, où il exécutait sans résistance tout ce qu'on lui indiquait mais dont il ne conserva aucun souvenir après le réveil. On appela cet état un somnambulisme par analogie avec les somnambulismes naturels dont on connaissait bien des exemples et ces auteurs entreprirent l'étude de ce somnambulisme provoqué artificiellement.

Les magnétiseurs crurent que dans cet état l'esprit humain était transformé : une pensée différente de la pensée normale ne pouvait être qu'une pensée toute puissante débarrassée de toutes les délimitations qu'imposent à notre esprit les dures nécessités de nos sens, les lois du temps et de l'espace. Le somnambule faisait penser aux prophètes inspirés, aux pythonisses, aux pythtes. Ce n'était pas la peine de changer de pensée, de voir avec les yeux fermés, d'agir en dormant si l'on n'était pas capable de voir au travers des obstacles, de voir à toutes les distances, de connaître le passé et l'avenir. Ce fut une révélation, le somnambulisme artificiel devint énormément intéressant et ne s'occupa plus que de lui. Transformer un esprit humain, le rendre

capable de tout voir, de tout comprendre, de tout savoir, quelle œuvre magnifique et divine ! Quels services un pareil esprit ne pourra-t-il pas rendre à l'humanité ! Il faut à tout prix étudier les moyens de produire de pareilles transformations de l'esprit, cultiver ces dispositions, apprendre à se servir de ces instruments admirables qu'on aura créés, en un mot il faut travailler à faire des somnambules extralucides. Tel a été le but poursuivi avec acharnement pendant un demi-siècle par une foule de bons esprits. Ils ont dépensé dans ce travail des trésors d'intelligence, de patience et de dévouement et c'est leur œuvre à la recherche de cette pierre philosophale, la « somnambule extralucide » qui constitue véritablement le magnétisme animal français.

C'est un problème bien singulier dont il est facile de voir toute la difficulté et tout l'intérêt. Il s'agit de déterminer sur une personne une modification psychologique très profonde et très nette d'une manière tout à fait expérimentale, au moment où on le désire, et de ramener ensuite cette personne à son état normal sans grands troubles. Cette modification ne doit pas être obtenue par des poisons capables de faire naître diverses ivresses ; il faut, d'après les principes, l'obtenir au moyen d'un fluide invisible, c'est-à-dire d'une manière immatérielle sans aucune violence extérieure et sans aucun poison. Les chercheurs qui avec une témérité invraisemblable se posent un problème pareil vont être forcés d'étudier l'état mental de leur sujet pour reconnaître la modification somnambulique quand elle se produira. Il va falloir noter scrupuleusement les actions, les paroles de ce sujet, déterminer son caractère, ses souvenirs, ses sensations. Les magnétiseurs vont prendre l'habitude d'écrire perpétuellement tout ce qu'ils observent pendant les séances, les moindres mots que prononce le sujet, les paroles que l'on dit devant lui.

Ce sont de minutieuses observations médicales et surtout des observations psychologiques prises sur une personne étudiée isolément. Les magnétiseurs vont être obligés également de chercher tous les moyens possibles pour transformer un état mental ; ils seront forcés d'étudier le rôle de l'émotion, de l'attention, de la fatigue. Quand on s'occupe perpétuellement du somnambulisme et de ses variations, on aura à se préoccuper de tous les accidents nerveux et mentaux qui avoisinent le somnambulisme. Les magnétiseurs ont été les premiers à bien connaître tous les accidents névropathiques et toutes les formes des crises nerveuses. Il y eut là pendant un demi-siècle tout un ensemble d'études qui ont amené la psychologie contemporaine. Ces deux recherches psychologiques et thérapeutiques déterminèrent un enthousiasme incroyable et le magnétisme animal eut vers 1840 une période de floraison et de succès qu'il ne faut pas oublier pour apprécier plus tard des mouvements d'enthousiasme analogues mais bien plus restreints.

Première partie : Évolution des psychothérapies

Chapitre II

Les thérapeutiques issues du magnétisme animal

[Retour à la table des matières](#)

Les magnétiseurs avaient été beaucoup trop ambitieux au point de vue scientifique et au point de vue pratique. D'un côté ils avaient voulu faire tout de suite la physiologie complète du système nerveux, de l'autre ils avaient rêvé d'appliquer immédiatement à la connaissance des secrets du monde et de l'avenir, et au traitement de toutes les misères, des notions encore bien vagues sur les changements de nature inconnue qu'ils déterminaient dans l'esprit de leurs sujets. Leur orgueil avait amené le ridicule et l'oubli apparent de leurs études. Mais ils avaient soulevé trop de problèmes, éveillé trop d'enthousiasmes pour disparaître complètement. Leur influence subsistait très puissante malgré leur chute et déterminait de différents côtés des mouvements philosophiques et scientifiques qui sous des aspects en apparence très différents avançaient dans la même direction.

1. - La « Christian science »

Les États-Unis d'Amérique semblent offrir un terrain favorable au développement de ces thérapeutiques plus magiques que scientifiques qui ressemblent au magnétisme animal. On pourrait entre beaucoup d'autres étudier les pratiques de l'Ostéopathie qui dans toutes les maladies recommande le massage, le pétrissage des muscles de la colonne vertébrale parce que le déplacement léger d'une vertèbre détermine tous les

troubles possibles. Le prestige de la science anatomique joue ici le même rôle que le prestige de l'astronomie dans les premières pratiques de Mesmer ou le prestige de la science physique de l'électricité dans les traitements magnétiques. Mais il s'agit là d'un enseignement assez restreint et il est plus juste de signaler comme l'une des plus importantes conséquences de la pénétration du magnétisme animal en Amérique le développement extraordinaire de la « Christian science ». J'ai raconté ailleurs avec détails la vie étrange de Mrs Eddy, la fondatrice de cette secte, car cette histoire nous fournit des renseignements très intéressants pour la psychologie et pour la psychothérapie¹. Je ne puis rappeler ici qu'un seul point important, la maladie nerveuse de Mrs Eddy qui fut le point de départ de toute sa carrière. Née en 1821 dans une pauvre ferme du New Hampshire, celle qui devrait être un jour le chef riche et puissant d'une grande religion présentait depuis son enfance de graves accidents de la névrose hystérique. Elle avait fréquemment de violentes attaques convulsives, remplacées tantôt par de longues périodes de léthargie, tantôt par des fugues ou par des somnambulismes délirants. Vers l'âge de 35 ans, elle glissa un jour d'hiver sur la glace et tomba par terre évanouie. Naturellement, chez une hystérique semblable, cet accident laissa à sa suite une contracture de la jambe et bientôt une paraplégie complète. La malade essaya en vain tous les traitements et resta des années sur son lit, invalide et désespérée.

En 1861, quand Mrs Eddy avait 40 ans, se place un incident qui modifia complètement l'orientation de son esprit : elle fut soignée par le guérisseur P.-P. Quimby qui guérit rapidement sa paraplégie névropathique par un traitement simplement moral. C'est cette guérison que plus tard on considérera comme la révélation mystérieuse de la « Christian science ». P.-P. Quimby était un ancien ouvrier horloger, habile et observateur, qui, après avoir assisté à des séances publiques de magnétisme animal organisées à Portland par un magnétiseur français, s'était voué lui-même à la pratique du magnétisme. Mais il avait observé que les consultations du somnambule extralucide ne servaient qu'à implanter dans l'esprit du malade la conviction de la guérison et que les médicaments étaient inutiles. Il modifia quelque peu la pratique des traitements magnétiques et chercha surtout à donner confiance aux malades, à leur enlever la peur de la maladie: ce fut le point de départ des conceptions du « Mind cure ».

Ces idées qui avaient déterminé sa guérison excitèrent chez Mrs Eddy un grand enthousiasme : elle voulut rester la secrétaire de P.-P. Quimby et se plongea dans l'étude des manuscrits inachevés qu'il avait écrits sur la religion et la médecine spirituelle. Après la mort subite de ce personnage elle emporta ses manuscrits, continua à les recopier et à les commenter et se présenta partout comme ayant une grande mission à accomplir. N'ayant pu réussir à pratiquer elle-même les traitements qu'elle recommandait, elle résolut d'enseigner seulement la doctrine de Quimby et de la faire mettre en pratique par d'autres. Après bien des misères et des déboires causés surtout par son orgueil et sa jalousie, elle arriva à organiser une sorte d'école médicale d'abord à Lynn, puis à Boston (Mass.) Elle se faisait payer un prix élevé pour cet enseignement qui devait donner à ses élèves un pouvoir thérapeutique extraordinaire, puis elle s'assurait une redevance sur tous les gains qu'ils pourraient faire pendant leur vie. Cette école de Boston, les livres et les journaux qui furent publiés par les soins des élèves, les traitements des malades et même les traitements à distance, simplement en pensant aux malades, devinrent la source de revenus considérables et l'installation de la grande directrice devint tout à fait luxueuse.

¹ Les médications psychologiques, 1919, Les traitements philosophiques, 1, p. 44.

Malgré des accidents très graves, des scandales, des procès, des divisions de son école qui devinrent le principe du mouvement de la « New thought », la fondatrice de la « Christian science » fit face à toutes les difficultés. Elle édicta des règlements draconiens contre les hérétiques ; à force d'énergie, d'orgueil et de foi inébranlable elle surmonta tous les obstacles et parvint à l'apothéose.

La doctrine qui a eu une si étonnante destinée est contenue dans un livre « Science and health » publié pour la première fois en 1875 et qui doit avoir maintenant près de 200 éditions : « Le livre que j'écris sur « Christian science », dit Mrs Eddy, est la vérité absolue, c'est l'âme de la divine philosophie il n'y a pas d'autre philosophie, quand Dieu parle, j'écoute. Ce livre difficile à lire à cause d'un style fort étrange ne contient qu'un petit nombre d'idées philosophiques assez connues et très simples, incessamment répétées au milieu d'une foule de métaphores. La plus grande partie de l'ouvrage est consacrée à l'affirmation d'une sorte de philosophie simplement, violemment idéaliste et spiritualiste qui peut être résumée en trois maximes fondamentales : « Dieu est tout dans tout, Dieu est le bien, le Bien est Esprit, le Dieu Esprit étant tout, la matière n'est rien ».

La partie négative de cette philosophie est plus importante et plus développée que cette première partie positive. Mrs Eddy a en horreur le concept de la matière et perpétuellement elle répète que la matière n'existe pas ; elle ne cherche pas à l'expliquer, à la transformer, elle est radicale et la supprime tout simplement. Bien d'autres choses ont le même sort : le péché, la pauvreté, la maladie, la mort déplaisent également à notre réformatrice et sans plus d'embarras elle les supprime : c'est le 4^e principe fondamental.

Malheureusement de telles négations ne suffisent pas : comment se fait-il que les hommes continuent à croire à la réalité de la souffrance et de la mort? La réponse est encore bien simple : cela provient d'une erreur absurde, d'une illusion fondamentale qui fausse l'esprit humain. « Vous dites qu'un abcès est douloureux, mais cela est impossible car la matière sans l'esprit n'est pas douloureuse. L'abcès manifeste seulement par l'inflammation et l'enflure une croyance à la douleur et c'est cette croyance qui est appelée un abcès ; que cette croyance soit atténuée et l'abcès guérira... c'est l'esprit malade et non la matière qui contient l'infection... La croyance universelle à la mort ne sert à rien, la mort sera trouvée à la longue n'être qu'un rêve mortel qui vient dans les ténèbres et qui disparaît dans la lumière ».

Dans ces conditions la thérapeutique se simplifie énormément : bien entendu il n'est jamais question de diagnostic car le même traitement s'applique sans exception à toutes les maladies. Cette thérapeutique consiste d'abord à supprimer tous les traitements chirurgicaux ou médicaux qui sont aussi inutiles et absurdes les uns que les autres. Il faut aussi supprimer toute précaution hygiénique. « Les dyspeptiques pourront manger et boire ce qu'ils voudront, car Dieu a donné à l'homme la domination non seulement sur le poisson qui est dans la mer, mais aussi sur le poisson qui est dans son estomac. « Pour rassurer complètement le malade et le médecin il faut supprimer la croyance à la maladie : « La médecine enseigne bien le néant des hallucinations... on dit aux enfants qu'il ne faut pas croire aux fantômes, pourquoi croire davantage à la maladie qui existe encore moins ». Remplacez maintenant toutes ces pratiques médicales si ridiculement inutiles, toutes ces craintes et ces croyances erronées par des croyances puissantes et salutaires, « par la conviction que l'esprit gouverne le corps non pas partiellement, mais entièrement et sachez que cette conviction est l'agent le plus efficace de la pratique médicale ».

Sans doute ni les médecins « scientists » ni leurs pauvres diables de malades ne comprennent un mot à ce qu'ils disent. Ce sont de part et d'autre de vagues bégaïements sur Dieu, l'esprit, la matière, le péché, la maladie, la santé, l'harmonie, la négation de l'erreur, etc. Mais il ne faut pas oublier que ces vagues et absurdes déclamations ont réussi à fonder des cathédrales et à soulager des millions d'hommes. Il ne faut pas oublier que la « Christian science » est avant tout une méthode médicale, un système thérapeutique et que c'est toujours et uniquement la préoccupation du traitement des malades qui dirige toutes les conceptions de l'auteur. Or la conception fondamentale de cette thérapeutique est l'idée de l'influence essentielle que peut avoir sur l'évolution de la maladie l'idée que le malade a de son propre mal. Si le malade se croit perdu, la maladie devient par là même beaucoup plus grave, s'il a confiance dans sa guérison, le rétablissement est beaucoup plus facile. C'est cette remarque banale, démesurément agrandie qui est au fond toute l'inspiration de Mrs Eddy. Tout le système de Mrs Eddy me paraît simplement destiné à donner à cette idée fondamentale une sorte de justification logique et à développer ce sentiment de la confiance en soi et du mépris du mal.

Quelle est l'origine de cette conception fondamentale ? La réponse est aujourd'hui facile grâce aux études précises de plusieurs auteurs. Cette conception est celle de P.-P. Quimby qui soigna et guérit en 1861 la paraplégie de Mrs Eddy, qui lui expliqua son enseignement et lui confia ses manuscrits. « Maintenant, disait-il, je me borne à nier la maladie comme une vérité, je ne l'admets que comme une erreur, comme les autres histoires sans fondement que l'on se transmet de génération en génération et qui deviennent une part de la vie des peuples. » Pour arriver à nier ainsi l'existence de la maladie Quimby insistait aussi sur la supériorité de l'esprit, sur la non réalité de ce qui est inférieur et matériel et développait lui aussi un vague système idéaliste tout à fait analogue à celui que nous avons vu chez son élève.

Peu importent les protestations puériles de Mrs Eddy : tout ce que l'on peut dire de mieux pour l'excuser c'est qu'en sa qualité d'hystérique délirante elle avait plus que d'autres le pouvoir de transformer en croyance sincère ses propres désirs. Il reste acquis pour l'histoire de la psychothérapie que cette doctrine curieuse est celle de P.-P. Quimby. Cela est intéressant pour comprendre la filiation des idées, car Quimby est avant tout un élève du magnétiseur français Ch. Poyen qui avait introduit en Amérique les doctrines de Deleuze. On retrouve d'ailleurs encore dans la « Christian science » la trace du magnétisme dans les théories sur l'inconscience, sur le rapport entre le médecin et le malade, sur le pouvoir de la volonté, sur la communication des pensées sur le diagnostic à distance dans « absent treatment ». Les attaques grossières contre le magnétisme n'ont pas d'importance, ce sont des querelles de frères ennemis et il est intéressant de constater qu'en Amérique la « Christian science » est sortie du magnétisme animal.

2. - La suggestion hypnotique

[Retour à la table des matières](#)

Le magnétisme animal tout à fait déconsidéré en France depuis les jugements des Académies ne disparut cependant pas entièrement ; il se transforma peu à peu et donna naissance aux pratiques de la suggestion hypnotique.

Depuis longtemps les observateurs avaient remarqué chez certains individus des modifications étranges de la conduite en rapport avec certaines pensées. De bons esprits au Moyen Age comprenaient déjà très bien l'action des charmes et des amulettes. Au XVII^e siècle Malebranche étudiait « la communication contagieuse des imaginations fortes ». A la fin du XVIII^e siècle Maine de Biran, de Beauchène, Demangeon rattachaient des faits du même genre à des lois générales de la pensée.

Cette étude prit un essor bien plus considérable quand on s'avisa d'examiner au même point de vue les phénomènes qui apparaissaient pendant les séances de somnambulisme provoqué. Bertrand en 1823 décrit les mouvements et les actes que l'on peut par un mot faire exécuter aux somnambules, les hallucinations que l'on peut provoquer dans leur imagination. Il observe l'un des premiers ce que l'on peut appeler les suggestions négatives et les suggestions dont l'exécution est retardée. Deleuze 1815-1825, l'abbé Faria 1825, Despine (d'Aix) 1840, Teste 1845, Charpignon 1842-1848, Dupotet 1845, Perrier (de Caen) 1849-1854 donnent des descriptions remarquable d'une foule de faits du même genre. Il semble probable que l'usage du mot suggestion date de Braid, mais en laissant de côté les théories il n'y a pas dans l'œuvre de Braid de faits nouveaux.

Dès le début du magnétisme animal avait commencé une querelle célèbre, celle des fluidistes et des animistes, les premiers voulaient expliquer les changements dans l'état du sujet par l'action physique du fluide émane du magnétiseur, les seconds soutenaient que tout dépendait des modifications opérées dans les phénomènes psychologiques du sujet. Pour ceux-ci l'action du magnétiseur était une action morale qui changeait les pensées et ce changement moral déterminait tout le reste. C'est là déjà à cette époque toute la différence entre le magnétisme et l'hypnotisme : ces deux études portent en somme sur le même phénomène, sur le somnambulisme provoqué artificiellement, mais ce qui caractérise l'hypnotisme c'est d'abord qu'il adopte vis-à-vis de ces phénomènes une attitude plus scientifique et qu'il cherche à éliminer le merveilleux, l'occulte, le miraculeux dans lequel se complait le magnétisme et ensuite qu'il explique les faits par des phénomènes et par des lois psychologiques au lieu de faire appel à des forces empruntées au monde physique ou physiologique. S'il en est ainsi, l'hypnotisme commence avec Bertrand en 1820. C'est lui qui dit le premier nettement que le somnambulisme artificiel peut s'expliquer simplement par lois de l'imagination du sujet qui s'endort tout seul parce qu'il pense à s'endormir et qui se réveille parce qu'il a eu l'idée de réveil. Les travaux de l'abbé Faria, du général Noizet en France, de Braid en Angleterre n'ont fait que préciser et développer cette conception et cette interprétation psychologique.

D'ailleurs la plupart des études avaient à cette époque un autre objet et cherchaient avant tout à obtenir un résultat thérapeutique : la suggestion et l'hypnotisme à peine nés étaient immédiatement appliqués au traitement des maladies. Les hypnotiseurs semblent au moins au début avoir été moins ambitieux et plus prudents que les magnétiseurs : ils ne prétendent pas guérir toutes les maladies possibles et leurs observations montrent qu'ils essayent surtout de traiter des affections nerveuses. Non seulement les hypnotiseurs que je viens de rappeler, mais des médecins aliénistes comme Lasègue, Morel, Georget montrent qu'ils ont obtenu de bons résultats en hypnotisant des névropathes. L'œuvre de Liébault, 1860-66, est particulièrement remarquable au point de vue thérapeutique et montre par l'histoire d'une longue pratique médicale les bons effets que l'on peut obtenir par l'application persévérante de la suggestion hypnotique.

Pour assurer le succès de l'hypnotisme et lui donner un rôle immédiatement pratique on essayait surtout de s'en servir pour déterminer l'anesthésie chirurgicale. Malheureusement la découverte de l'anesthésie par l'éther beaucoup plus facile et plus certaine vint porter un coup fatal à ces recherches. Un très petit nombre de travaux, comme le petit livre de Demarquay et Giraud Teulon furent encore publiés et vers 1865 la suggestion et l'hypnotisme semblèrent oubliés comme l'était le magnétisme animal lui-même.

Pendant vingt ans à peu près, l'hypnotisme méprisé fut abandonné aux charlatans : quelques guérisseurs l'exploitaient encore en secret et plusieurs montreurs faisaient des exhibitions publiques de sujets plus ou moins réellement hypnotisés. Les hommes de science n'osaient plus s'occuper de l'hypnotisme : on le confondait avec le magnétisme animal de mauvaise réputation, on sentait vaguement que cette étude serait compliquée et difficile et pour ne pas s'avouer cette répugnance, on préférait répéter qu'une telle étude était rendue impossible par le danger perpétuel de la simulation ; on considérait comme admis que toutes les erreurs commises étaient dues à la faute des sujets et à leurs simulations de mauvaise foi.

Ce fut l'œuvre de M. Charles Richet, 1875-1883, qui combattit avec succès ce préjugé de la simulation. Les études de M. Richet sont le point de départ d'un ensemble de travaux sur l'hypnotisme, les plus intéressants à mon avis, qui ont étudié le somnambulisme provoqué sans idée préconçue en se plaçant au point de vue de l'analyse psychologique de toutes ses manifestations. Une école psychologique de l'hypnotisme se rattache à M. Ch. Richet, mais au début elle fut peu connue, effacée par le développement de deux autres écoles moins intéressantes au point de vue scientifique, mais bien plus bruyantes.

La première de ces écoles fut celle que dirigea le professeur J.M. Charcot à la Salpêtrière. Professeur de la clinique des maladies du système nerveux, Charcot comprenait parfaitement l'importance que pouvait avoir au point de vue médical et philosophique l'étude de ces états de somnambulisme provoqué, signalés avec insistance depuis plus d'un siècle et toujours repoussés sans examen par la science officielle. Mais pour aborder cette étude dangereuse avec prudence il voulait d'un côté se mettre tout à fait à l'abri du danger considéré alors comme si redoutable de la simulation et de l'autre apporter dans cette étude une méthode scientifique irréprochable. Avant d'étudier les phénomènes psychologiques délicats qui se passent dans l'esprit d'une personne, quand elle est mise dans un état anormal, il fallait d'abord connaître exactement les caractères de cet état anormal et savoir le reconnaître par

des signes nets et insimulables. Pour un neurologue habitué à l'examen du tabès et de la sclérose latérale, les symptômes nets et insimulables étaient des modifications de l'état des muscles, des mouvements réflexes et à la rigueur des diverses sensibilités. Avec ses collaborateurs de la première heure, Bourneville, Brissaud, Paul Richer, Ruault, Londe, qui ont créé avec *lui le grand hypnotisme*, Charcot chercha à classer avec précision ces modifications élémentaires de la conduite. Suivant les combinaisons de ces diverses réactions on distingua dans le sommeil hypnotique trois états très nets qui se succédaient, la *léthargie*, la *cataplexie*, le *somnambulisme*. On observa également que ces divers états pouvaient être dimidiés, c'est-à-dire localisés sur un seul côté du corps. Enfin on nota que tous ces faits ne pouvaient être observés d'une manière nette que sur des sujets déjà atteints d'une affection nerveuse, de l'hystérie.

Telles sont les notions qui furent présentées par Charcot à l'Académie des sciences, le 13 février 1882, dans une communication sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. Il ne faut pas oublier que l'Académie avait déjà condamné trois fois toutes les recherches sur le magnétisme animal et que c'était un véritable tour de force que de lui faire accepter une longue description de phénomènes tout à fait analogues. On crut, et Charcot le croyait lui-même, que toute cette étude était bien loin du magnétisme animal et qu'elle en était la condamnation définitive ; c'est pourquoi l'Académie ne se révolta pas et accueillit avec intérêt une étude qui concluait l'interminable querelle du magnétisme à propos duquel bien des membres n'étaient pas sans avoir des remords de conscience.

Ce succès de Charcot eut une importance extraordinaire : on eut dit qu'il venait de briser une barrière qui depuis longtemps contenait un torrent prêt à s'élançer, De tous les côtés, « l'Hypnosis redivivus », comme disait Hack Tuke, 1881, suscita d'innombrables travaux. Il faudrait citer le nom de tous les neurologistes de cette époque, à l'étranger et en France, car la plupart se sont rattachés à ce moment à l'enseignement de la Salpêtrière.

En 1884 paraissait sous la forme d'une petite plaquette de 110 pages, simple, alerte, facile à lire, le manifeste d'une autre école. M. Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, faisait connaître les recherches qu'il poursuivait depuis plusieurs années tout à fait indépendamment de l'enseignement de Paris et il laissait entendre qu'il comprenait les choses d'une toute autre manière. M. Bernheim, en effet, ne se place pas du tout au même point de vue que Charcot : la question de la simulation et les précautions à prendre pour s'en défendre, ne l'arrêtent pas un moment. C'est à peine s'il y fait une fois une allusion discrète. Ne s'occupant pas du tout de la simulation il ne cherche pas à caractériser l'état dans lequel il met ses sujets, il se borne à décrire les procédés qu'il emploie pour les transformer et les résultats qu'il obtient. Pour déterminer l'état hypnotique il se borne, comme l'abbé Faria, à commander le sommeil et à en affirmer les caractères et quand ce sommeil paraît obtenu il détermine également par l'affirmation verbale l'exécution de toutes les suggestions positives, négatives et posthypnotiques qui avaient été décrites par les premiers hypnotiseurs.

Ces phénomènes, dit M. Bernheim, se comprennent très facilement, ils ne sont que l'exagération de conduites très communes que l'on observe chez tous les hommes, ils sont suffisamment expliqués par la supposition d'une faculté de *crédibilité naturelle*. L'état hypnotique est simplement caractérisé par une certaine augmentation de la suggestibilité, augmentation d'ailleurs qui est elle-même le résultat de la suggestion

de sommeil ou d'assoupissement. Il ne faudrait pas croire que cet état ne puisse être déterminé que sur des individus exceptionnels, des névropathes particuliers. Sans doute l'impressionnabilité est variable et il y a des individus plus disposés par leur éducation ou leur métier à l'obéissance passive, mais « l'expérience montre que la très grande majorité des personnes y arrive facilement ». Tels sont les faits et les idées très simples que M. Bernheim met en lumière dans son petit livre en laissant entendre à la fin du volume que leur connaissance et les pratiques qui en résultent peuvent avoir les conséquences les plus importantes.

Pendant les années qui suivirent, ces études furent continuées par M. Bernheim et ses collaborateurs immédiats parmi lesquels il faut compter surtout Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy et Liégeois, professeur à la Faculté de droit de la même ville. Ces auteurs cherchaient surtout à mettre en évidence la puissance de la suggestion, ils se sont intéressés au problème de la vésication par suggestion et au problème de la suggestion criminelle. L'école de Nancy s'engage beaucoup dans cette dernière étude. M. Bernheim et Liégeois font accomplir par la suggestion à leurs sujets des crimes horribles avec des couteaux en bois et des pistolets en carton et ils considèrent cette influence de la suggestion comme extrêmement importante et dangereuse.

Après l'étude des suggestions criminelles, ce qui caractérise encore mieux ce groupe d'auteurs, c'est le désir d'utiliser immédiatement pour le traitement d'un grand nombre de maladies cette suggestion qui se révélait si puissante. Ce sont surtout les observations de guérisons qui ont augmenté la seconde édition du petit livre de M. Bernheim.

Toutes ces études, quoique intéressantes, ne donnaient pas à ce groupe de travailleurs une unité ni une originalité bien nettes, mais un dernier point constitua l'école de Nancy. Ce qui caractérisa cette école et lui donna son unité, ce fut comme il arrive souvent, un ennemi commun. : l'école de Nancy a été avant tout l'adversaire de l'école de la Salpêtrière. Dans un article sur « le rôle de la peur » en 1886 et surtout dans la seconde édition de son livre, M. Bernheim attaqua avec netteté l'enseignement de Charcot. « Les observateurs de Nancy, disait-il, concluent de leurs expériences que tous ces phénomènes constatés à la Salpêtrière, les trois phases, l'hyper-excitabilité neuro-musculaire de la période de léthargie, la contracture spéciale provoquée pendant la période dite de somnambulisme, le transfert par les aimants, n'existent pas alors que l'on fait l'expérience dans des conditions telles que la suggestion ne soit pas en jeu... L'hypnotisme de la Salpêtrière est un hypnotisme de culture. » Un autre point est également affirmé : tout en reconnaissant que cette disposition à l'hypnotisme est très accentuée chez les hystériques, M. Bernheim tient à dire que l'hypnose n'est pas un état morbide qui se greffe sur la névropathie, c'est un état physiologique au même titre que le sommeil normal et on peut le produire chez la majorité des sujets.

La bataille était engagée : les lieutenants de Charcot, malgré leur situation déplorable, luttèrent avec courage au moins tant que leur chef fut vivant. Il y eut de belles défenses et de vigoureuses contre-attaques. Dans ces combats les défenseurs de la Salpêtrière remportèrent quelques succès partiels. L'un des plus intéressants fut obtenu dans la discussion des suggestions criminelles où ils eurent certainement le beau rôle. Mais sur tous les autres points du champ de bataille la défaite s'affirmait : la plupart des autres observateurs se rattachaient nettement à l'opinion de M. Bernheim et déclaraient que ces phénomènes étaient purement le résultat de suggestions maladroites et d'un dressage involontaire. Les élèves mêmes de Charcot le

reconnaissaient d'une, manière implicite puisqu'ils cessaient de se défendre et abandonnaient le champ de bataille, mais ils n'ont jamais reconnu leur défaite avec netteté, Je crois qu'il est temps de le faire. L'hypnotisme à trois phases de Charcot, Comme M. Bernheim l'a très bien remarqué dès 1884, n'a jamais été qu'un hypnotisme de culture, c'est lui qui a gagné la bataille.

J'ai eu l'occasion de rechercher au point de vue historique comment s'est produite cette singulière aventure dans laquelle s'est compromise la Clinique de la Salpêtrière¹. L'étude d'une de mes anciennes observations sur une malade âgée de 45 Lins étudiée au Havre de 1883 à 1889 et qui présentait des phénomènes tout à fait analogues aux trois états de Charcot m'a conduit à la conviction qu'elle avait été éduquée dans sa jeunesse par un magnétiseur, le Dr Perrier (de Caen), et j'ai été amené à retrouver dans les écrits des anciens magnétiseurs tout l'essentiel du grand hypnotisme. Il est vraiment bien étrange de constater que Charcot a présenté à l'Académie des sciences en 1878-82 de prétendues découvertes destinées à ruiner définitivement les prétentions des magnétiseurs et de voir que ces découvertes étaient l'enseignement même de ces magnétiseurs depuis cinquante ans. La lutte entre l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy n'a été qu'un épisode de la grande guerre qui avait déjà commencé en 1787 entre le fluidisme et l'animisme. Les animistes ont gagné cette première partie ; à quand la prochaine partie et qui sera le vainqueur définitif ? Cette défaite de l'école de Charcot ne semble pas avoir porté bonheur à l'hypnotisme. Sans doute il y eut d'abord de 1888 à 1896, aussi bien à l'étranger qu'en France, un véritable épanouissement de la thérapeutique suggestive. Elle eut partout ses revues spéciales et d'ailleurs, dans toutes les revues neurologiques, médicales ou philosophiques, dans un grand nombre de thèse de médecine, dans de nombreux volumes s'étalait le récit d'innombrables guérisons de toutes les maladies possibles par de simples suggestions verbales, soit pendant l'état de sommeil hypnotique, soit pendant l'état de veille. Mais ce succès fut de bien courte durée déjà après la mort de Charcot en 1892 on voit l'hypnotisme décliner dans les milieux médicaux on ne niait pas l'hypnotisme, on ne mettait pas en doute la puissance reconnue de la suggestion, on n'en parlait plus, voilà tout. Le nombre des publications sur ces sujets diminua énormément ; les revues qui s'étaient fièrement intitulées « Revues de l'hypnologie », sentant changer le vent, se hâtèrent de modifier leur titre. L'hypnotisme se maintint un peu plus longtemps dans les pays étrangers, puis il disparut partout comme en France. Les médecins commencèrent à parler du danger de ces traitements présentés quelques années auparavant comme si inoffensifs et si bienfaisants. Bien mieux, ils en arrivèrent à porter contre la suggestion des accusations curieuses d'immoralité. Elle faisait appel à des facultés inférieures du malade, une guérison obtenue de cette manière n'était ni assez volontaire ni assez méritoire, elle risquait de dégrader. Enfin ce traitement abaissait, paraît-il, la dignité morale du médecin qui prenait une attitude de thaumaturge et Dubois (de Berne) déclare qu'il a le rouge au front quand il se souvient qu'il lui est arrivé de suggestionner un enfant pour l'empêcher de pisser au lit.

J'ai essayé dans mes longues études sur cette curieuse période de l'histoire de la médecine d'expliquer un peu ces mépris et cette décadence si rapide après un tel enthousiasme et un tel développement. D'abord il est certain que la lutte entre l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy a été néfaste pour l'hypnotisme lui-même. La victoire des animistes fut mal accueillie, au moins dans le monde scientifique : on l'enregistra, mais en la déplorant. La doctrine de Charcot qu'elle renversait était

¹ Les médications psychologiques, 1920, I, p. 170.

claire, nette, et facile à étudier, elle semblait faire rentrer la magnétisme animal dans les cadres de la physiologie : cela semblait un beau progrès scientifique. Qu'est-ce que l'école de Nancy mettait à la place de ce beau rêve ? Quelques vagues affirmations sur la suggestivité et la crédibilité que l'on ne pouvait ni discuter ni comprendre sans entrer dans les études nouvelles de la psychologie. Mais la psychologie, considérée comme un mélange confus de littérature et de morale, n'était guère en honneur à l'École de médecine. Et d'ailleurs la psychologie, telle qu'elle était à cette époque, méritait-elle d'être plus étudiée par les médecins ? Ajoutons que les exagérations enthousiastes des hypnotiseurs avaient déterminé des applications de l'hypnotisme à tort et à travers, dans toute espèce de maladie sans aucune indication d'opportunité et l'on était arrivé le plus souvent à des résultats insignifiants ou ridicules.

Dans ces conditions la décadence de l'hypnotisme n'a pas grande signification, elle est déterminée par des causes accidentelles, des regrets et des déceptions après des enthousiasmes irréfléchis ; elle n'est qu'un accident momentané dans l'histoire du somnambulisme provoqué et dans l'histoire de la psycho-thérapie.

3. - Les aesthesiogenies

[Retour à la table des matières](#)

Les études des magnétiseurs, si étendues et si dispersées, avaient fait connaître une foule de phénomènes qui, plus ou moins bien compris, sont devenus le point de départ de recherches et de thérapeutiques intéressantes.

Quand on feuillette avec curiosité ces vieux livres, on trouve ça et là des descriptions de somnambulismes bizarres caractérisés par une sorte de guérison subite et momentanée de malades précédemment très névropathes et déprimés. L'auteur qui a donné la description la plus frappante de phénomènes de ce genre me semble être Despine (d'Aix) dans un ouvrage curieux, « Traitement des maladies nerveuses par le magnétisme aux eaux d'Aix », 1840. C'est une étude sur la maladie et le traitement d'une jeune fille de seize ans présentant un état hystérique grave : Estelle, à la suite d'une chute peu importante, mais survenue dans des circonstances émotionnantes, fut atteinte d'une paraplégie complète avec anesthésie de toute la partie inférieure du corps et troubles dysesthésiques sur le tronc. Elle était en outre anorexique et ne pouvait tolérer sans vomissements qu'une alimentation très restreinte et bizarre. Elle se plaignait d'un sentiment perpétuel de froid et restait enveloppé dans des couvertures, somnolente, inerte, sans aucune activité volontaire, mais très facilement suggestible.

Au cours de diverses tentatives hypnotiques se développa un état bizarre que Despine appelait « la crise » : cet état était caractérisé par le retour complet du mouvement et de la sensibilité, par le rétablissement de l'appétit et de la digestion, par la disparition de la sensation de froid. Le caractère était entièrement transformé : Estelle était devenue ferme et décidée dans ses résolutions volontaires, elle n'était plus accessible aux suggestions. Malheureusement cette crise ne pouvait se prolonger très longtemps et le sujet après le réveil retombait paralysé, insensible, anorexique,

gémissant à propos du froid continuel et entièrement suggestible ; en outre il ne conservait que peu ou point de souvenirs de la période heureuse précédente.

Des faits de ce genre, c'est-à-dire la production artificielle de crises avec restauration complète et momentanée de la santé normale, sont signalés à diverses reprises : on pourrait les désigner sous le nom des « exaltations crisiaques des magnétiseurs ».

Pour suivre l'ordre historique il me semble juste de rattacher à ces premières observations des études et une école aujourd'hui fort oubliées, les études de la métallothérapie et l'école de Burq. Celui-ci reprit d'anciennes idées du Moyen Age et du Mesmérisme sur l'influence des métaux et les rapprocha d'observations cliniques analogues aux précédentes. De 1851 à 1885, particulièrement dans son livre sur « les origines de la métallothérapie », le Dr Burq étudia « les modifications que produisent les applications de plaques métalliques sur la peau des malades ainsi que l'ingestion des mêmes métaux ». Des pièces d'un métal convenablement choisi sont appliquées sur la peau d'un membre insensible et on observe après quelques frissonnements le retour complet de la sensibilité. En même temps apparaissent d'autres modifications de la température périphérique, de la circulation et surtout de la force musculaire. Ces modifications gagnent de proche en proche et déterminent la disparition de tous les troubles névropathiques et une transformation générale de l'individu.

En 1876, Burq présenta ses expériences à la Société de Biologie qui nomma une commission pour en examiner la réalité. Charcot fut le président de cette commission et fit répéter les expériences dans son service à la Salpêtrière. C'est encore là un petit événement qui a eu sur l'enseignement de la clinique une influence énorme. Les études qui ont été faites à la Clinique sur les phénomènes de la métallothérapie ont été viciées par la même erreur de méthode qui avait compromis les études sur le somnambulisme. On ne songea qu'au côté physique de l'expérience sans comprendre qu'il s'agissait surtout de phénomènes psychologiques et qu'il fallait avant tout prendre dans cette étude des précautions morales. Tous ces travaux si bien commencés en apparence s'arrêtèrent brusquement et on n'en trouve plus de trace après 1885.

La raison de cette éclipse soudaine est bien simple, elle se trouve dans les premières publications de M. Bernheim et dans les débuts de la lutte entre l'école de Nancy et la Salpêtrière. Déjà depuis longtemps, car la discussion avait débuté au XVIIIe siècle avec les travaux de John Hunter et elle avait été renouvelée par le livre de Hack Tuke « Influence of the mind on the body », 1872, des critiques répétaient que la plupart de ces faits étaient dus à l'influence de l'imagination et de l'« expectant attention ». Mais les médecins ne comprenaient pas l'importance de l'objection et les difficultés pratiques qu'elle soulevait. Nous trouvons ici des problèmes analogues à ceux qu'ont rencontrés au début les premiers travaux de Pasteur sur les cultures pures et sur les générations spontanées. Les adversaires croyaient toujours qu'il leur était très facile de mettre leurs cultures à l'abri de toute contamination et n'apportaient que des cultures souillées par tous les germes de l'air. Beaucoup préférèrent renoncer à ces recherches plutôt que d'apprendre à faire des cultures propres.

Les doctrines des magnétiseurs sur « l'exaltation crisiaque », et celles des disciples de Burq sur l'aesthésiogénie m'ont vivement intéressé parce que, tout au début de mes études, j'avais eu l'occasion d'observer une série de faits analogues à ceux qui leur avaient servi de base. Examinant des malades hystériques qui présentaient des paralysies diverses, des amnésies, des troubles plus ou moins apparents de la sensibilité et des troubles de la volonté, je cherchais par tous les moyens, par des sugges-

tions, des éducations, des excitations de la sensibilité ou de la mémoire, à supprimer ou du moins à modifier ces symptômes. Ces pratiques déterminèrent chez quelques malades l'apparition d'états qui me semblaient fort singuliers parce qu'ils contrastaient complètement avec l'état maladif de ces personnes. Ces états apparaissaient quelquefois graduellement à la suite des efforts que faisaient les sujets pour se mouvoir, pour sentir correctement ou pour retrouver leurs souvenirs et ils étaient précédés par des contorsions, des démangeaisons ou des dysesthésies variées, ou bien ils apparaissaient au cours d'un somnambulisme provoqué, à la suite d'une période de sommeil profond. Ils étaient surtout caractérisés par la disparition complète de tous les phénomènes pathologiques. Les troubles du mouvement, les paralysies et les contractures n'existaient plus : la femme paraplégique depuis dix-huit mois pouvait marcher et courir comme l'Estelle de Despine d'Aix, les vomissements cessaient et les malades pouvaient s'alimenter, en même temps la sensibilité se montrait normale sur tout le corps. La mémoire était étendue à toute la vie et portait même sur les périodes qui précédemment paraissaient complètement oubliées, enfin on ne pouvait plus constater de troubles de la volonté et la suggestibilité ne pouvait plus être mise en évidence. « Le dernier somnambulisme, disais-je à ce propos, est un état dans lequel le sujet si amoindri et si malade qu'il soit à l'état de veille devient absolument identique à l'individu le mieux portant et le plus normal... C'est un état dans lequel le sujet a retrouvé l'intégrité absolue de toutes les sensibilités qui sont naturelles à l'homme bien portant et l'intégrité absolue de la mémoire, en un mot, l'état dans lequel il n'y a plus aucune anesthésie, ni aucune amnésie. C'est un état important de toutes manières, surtout au point de vue thérapeutique ¹.

Dans mes premières études sur ces questions j'insistais beaucoup pour montrer que cet état ne présentait en lui-même rien d'extraordinaire qu'il était simplement l'état normal dans lequel ces femmes auraient dû être continuellement, mais dans lequel en raison de leur dépression malade elles ne pouvaient pas rester. En effet je constatais, à mon grand regret, car j'avais fondé sur la prolongation de cet état des espérances de guérison, que les malades ne parvenaient pas à demeurer longtemps dans cet état de restauration complète. Si on les abandonnait dans cet état, ils retombaient plus ou moins vite et on voyait réapparaître les paralysies, les amnésies et les autres troubles. En outre un nouveau phénomène qui, à ce moment m'a paru fort important, venait se joindre aux précédents : c'est que ces malades retombés dans leur état de maladie habituelle présentaient le plus souvent un oubli complet de cette période de santé déterminée artificiellement. Ces oublis amenaient des scissions dans la suite de la mémoire et ils donnaient naissance à diverses modifications de la personnalité. En un mot, ces oublis survenant après les rechutes donnaient aux périodes de santé normale l'apparence de somnambulismes : c'est pourquoi j'ai employé pour désigner ces périodes de restauration momentanée le mot de *somnambulismes complets* déjà utilisés par Azam pour désigner des phénomènes analogues.

Dans ces études j'insistais sur les sentiments qu'éprouvait le sujet au moment du début de l'état alerte, sur les expressions bizarres qu'il employait pour décrire les douleurs de tête, les fils qui se cassent, les boules de verre qui éclatent dans la tête, sur ses sentiments de joie, de gaîté, sur le plaisir qu'il éprouvait en voyant la lumière plus vive, les objets plus colorés, sur la satisfaction qu'il ressentait en se retrouvant lui-même et sur les changements de caractère qui déterminaient de véritables person-

¹ Automatisme psychologique, 1889, p. 114, 178. Accidents mentaux des hystériques, 1892, pp. 209, 225, 2e édition, 1911, pp. 361, 369 ; Névroses et idées fixes, 1898, I, p. 239 ; Les médications psychologiques, 1920, III, p. 85.

nalités alternantes. Ces recherches ont été continuées par d'autres auteurs en petit nombre car la décadence de l'hypnotisme survenue à ce moment rendait peu attrayantes ces études trop directement en rapport avec l'ancien magnétisme. Mais il faut signaler cependant les travaux de M. P. Sollier sur les traitements par la resensibilisation qui se rattachent au même mouvement.

Ces « somnambulismes complets » sont, dans leurs caractères essentiels, tout à fait analogues aux « exaltations crisiaques des magnétiseurs », aux transformations de la métallothérapie et de l'aesthésiogénie ; ce sont des essais thérapeutiques du même genre qui deviendront plus tard le point de départ des traitements intéressants par l'excitation.

4. - La liquidation des souvenirs traumatiques et la psycho-analyse

[Retour à la table des matières](#)

Si les traitements par l'aesthésiogénie n'ont pas eu jusqu'ici une brillante destinée, il n'en est pas de même pour *la recherche de souvenirs subconscients traumatiques* que j'avais tirée des études sur le somnambulisme et qui ont donné naissance aux diverses sectes de la psychoanalyse. Il y a là un développement considérable d'une pratique psychothérapique qui rappelle les enthousiastes suscités par le mesmérisme, la Christian science ou l'hypnotisme.

Les magnétiseurs avaient tous insisté sur l'état particulier de la mémoire pendant les somnambulismes provoqués. Ils avaient décrit bien souvent un fait curieux, c'est que le sujet, pendant cet état, est capable de raconter une foule d'événements de sa vie auxquels il ne fait aucune allusion pendant la veille et qu'il semble avoir complètement oubliés après le réveil. En examinant ces modifications de la mémoire, j'ai eu l'occasion de constater dès mes premières études, 1886-89, que cette amnésie ne portait pas uniquement sur les faits qui avaient eu lieu pendant les périodes de somnambulisme, mais qu'elles portaient aussi fréquemment sur certains événements de la vie normale quand ces événements avaient été accompagnés d'une violente émotion. Ainsi, une jeune hystérique que j'ai décrite à ce moment sous le nom de Marie, racontait pendant les somnambulismes qu'à l'âge de 13 ans elle avait été fort effrayée par l'apparition de ses premières règles et qu'elle avait essayé de les arrêter en se plongeant dans un baquet d'eau froide, ce qui avait en effet amené l'arrêt de l'écoulement, mais avait déterminé en même temps de grands troubles, des frissons et du délire. Elle racontait aussi dans le même état qu'elle avait été effrayée en voyant une vieille femme tomber dans l'escalier et inonder les marches de son sang, qu'à un autre moment elle avait été forcée de coucher avec un enfant dont la face, sur tout le côté gauche, était couverte de gourme et qu'elle avait éprouvé pendant toute la nuit un grand dégoût et une grande frayeur. En dehors de ces somnambulismes elle paraissait n'avoir aucun souvenir de ces événements. D'autre part, cette malade présentait des accidents névropathiques variés, des crises convulsives peu de temps après le début des règles avec arrêt de l'écoulement, frissons et délires, des hallucinations dans

lesquelles elle voyait du sang, des spasmes et des troubles de la sensibilité sur le côté gauche de la face ¹, accidents qui semblaient nettement en relation avec les souvenirs exprimés pendant le somnambulisme. Mes travaux de cette époque contiennent la description de nombreux cas de ce genre ².

Il n'était pas difficile de rapprocher ces observations des interprétations que Charcot avait données peu de temps auparavant de certaines paralysies hystériques. Dans ses leçons de 1884-85 il avait montré que L'accident matériel n'était pas la cause de la maladie consécutive, mais qu'il fallait faire jouer un rôle aux souvenirs laissés par cet accident, « aux idées, aux préoccupations que le malade conservait à ce propos ». Beaucoup d'observateurs et en particulier Mœbus, 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 ». S'élargissais un peu cette conception en montrant que des troubles névropathiques du même genre pourraient 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. On peut donner à ces troubles le nom de souvenirs traumatiques.

Dans les cas que je viens de rappeler, le souvenir traumatique se présentait d'une manière particulière ; il ne pouvait pas être exprimé pendant la veille et il ne réapparaissait que dans des conditions particulières, dans un autre état psychologique. Nous retrouvons là un caractère bien connu 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 et il semble l'avoir oublié complètement pendant la veille. Il ne s'agit pas ici d'un oubli véritable, ni d'une simulation du sujet, il s'agit d'une modification particulière de la conscience que j'avais essayé de décrire en 1889 sous le nom de *subconscience par désagrégation*. Cette dissociation, ce passage de certains phénomènes psychologiques dans un groupe particulier me paraissait en rapport avec l'épuisement déterminé par diverses causes et en particulier par l'émotion. J'ai été amené à supposer que dans des cas de ce genre il y avait une certaine relation entre cette dissociation des souvenirs et la gravité des troubles que ces souvenirs devenus subconscients déterminaient. Une idée fixe semblait dangereuse parce qu'elle échappait à la personnalité, parce qu'elle appartenait à un groupe de phénomènes sur lequel la volonté consciente du sujet n'avait plus de prise.

Cette supposition trouvait sa justification dans quelques tentatives de traitement : tous les procédés qui modifiaient cette forme anormale de mémoire modifiaient également les accidents hystériques. Quand on pouvait amener le sujet à exprimer ses souvenirs, même pendant la veille, il cessait de présenter les délires et les troubles relatifs à ces mêmes souvenirs.

Ces observations et ces traitements heureux m'avaient amené à formuler quelques conseils à propos du « traitement psychologique de l'hystérie ». Quand un malade présentait certains accidents qui pouvaient être en rapport avec des souvenirs traumatiques, il était bon d'encourager les malades à exprimer nettement les souvenirs de différentes époques de leur vie et quand les gestes, les attitudes, les troubles, les

¹ Automatisme psychologique, 1889, p. 160, 208, 211, 439.

² Cf. L'état mental des hystériques, 1893, 2e édition, 1911, p. 240, 275 ; Traitement psychologique de l'hystérie, Ibid., p. 626 ; Névroses et idées fixes, I, p. 213, 375.

réticences nous faisait soupçonner une lacune, il fallait rechercher si les rêves, les somnambulismes, les écritures automatiques ne mettraient pas au jour d'autres souvenirs plus cachés. Mais il ne s'agissait dans ma pensée que de certains cas particuliers et, tout en conseillant la recherche des souvenirs subconscients dans ces cas, je pensais qu'il fallait prendre des précautions pour ne pas découvrir de tels souvenirs quand ils n'existaient pas et je donnais quelques règles de diagnostic prudent.

A cette époque, un médecin étranger, M. le Dr S. Freud (de Vienne), vint à la Salpêtrière et s'intéressa à ces études ; il constata la réalité des faits et publia de nouvelles observations du même genre. Dans ces publications il modifia d'abord les termes dont je me servais, il appela psycho-analyse ce que j'avais appelé analyse psychologique, il nomma complexus ce que j'avais nommé système psychologique pour désigner cet ensemble de faits de conscience et de mouvements, soit des membres, soit des viscères, qui reste associé pour constituer le souvenir traumatique, il considéra comme un refoulement ce que je rapportais à un rétrécissement de la conscience, il baptisa du nom de catharsis ce que je désignais comme une dissociation psychologique ou comme une désinfection morale. Mais surtout il transforma une observation clinique et un procédé thérapeutique à indications précises et limitées en un énorme système de philosophie médicale.

Tous les troubles névropathiques dépendent, dans ce système, de quelque souvenir traumatique dissimulé dans la subconscience, et tout traitement exige la recherche de ces réminiscences. La méthode de la libre association qui permet cette recherche, consiste à inviter le malade à s'étendre, à oublier que le médecin est derrière lui, à se laisser aller à toutes les rêveries qui viennent spontanément dans son esprit, et à les exprimer comme s'il était seul. « Il doit ne se laisser arrêter par aucune pensée inattendue, ni par une image ou une parole drôle, baroque, inconvenante ; il doit bannir toute retenue et livrer son imagination passive au cours des idées et des images... Le médecin doit observer son sujet avec la plus scrupuleuse attention, tenir compte non seulement des idées exprimées, mais encore des détails infimes qu'il peut surprendre, hésitations, gênes, lapsus, soupirs, gestes, expressions de physionomie¹... » Le médecin doit ajouter aux résultats de ces observations des rêveries tous les souvenirs des rêves que le malade peut retrouver, tous les souvenirs que le malade a conservés de sa première enfance.

Ensuite tous ces détails doivent être interprétés de manière à retrouver derrière eux le souvenir plus ou moins dissimulé d'un événement émotionnant. Il s'agit toujours d'une émotion, d'une tendance, d'un désir qui ont été éveillés un moment par les circonstances, puis qui ont été *refoulés* dans le subconscient par un effort de la volonté morale. Ce refoulement qui est fondamental dans cette doctrine a transformé la tendance primitive, l'a rendue subconsciente ou inintelligible et l'a contrainte à se présenter sous la forme de rêves bizarres ou d'accidents névropathiques mystérieux.

Les souvenirs traumatiques que l'on retrouve de cette manière ont toujours un même contenu : il s'agit toujours de souvenirs traumatiques relatifs à des aventures sexuelles ou, si l'on préfère, de souvenirs traumatiques à contenu sexuel. Au lieu de constater avec tous les observateurs précédents que l'on trouve des souvenirs de ce genre chez *quelques* névropathes, la psycho-analyse 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

¹ E. Régis et A. Hesnard, *La Psycho-analyse des névroses et des psychoses*, 1914, p. 132.

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. Les interprétations les plus bizarres et quelquefois les plus extravagantes des attitudes, des paroles et surtout des rêves, n'ont pas d'autre objet que de découvrir à tout prix dans la subconscience des souvenirs impressionnants de ce genre.

Les critiques ont été souvent étonnés de ces singulières doctrines de « la Pansexualité » qui sont sorties de quelques analyses médicales. 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 a 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 des aventures sexuelles racontées à demi mot. Il ne faut pas être surpris s'il a apporté dans cette étude sa méthode d'interprétation ingénieuse et de généralisation hardie.

Quoi qu'il en soit, cette interprétation sexuelle des troubles nerveux devient le fondement de toute la pathologie : les diverses névroses et même les maladies mentales, comme la démence précoce, ont toutes une origine sexuelle, elles prennent des formes différentes suivant la nature du processus sexuel dans la première enfance. Cette conception s'étend bientôt démesurément : tous les faits de la psychologie normale doivent s'expliquer de la même manière, car toute la psychologie repose sur une conception agrandie de l'instinct sexuel. Cette même interprétation doit s'appliquer au diagnostic judiciaire, à la psychologie religieuse, à la littérature, à la pédagogie, à l'esthétique, etc. La psycho-analyse devient, comme le disaient MM. Régis et Hesnard, « un vaste système d'explication de la plupart des formes de l'activité psychique humaine par l'analyse des tendances affectives considérées pour la plupart comme dérivées de l'instinct sexuel ¹ ».

Cette doctrine étrange, paradoxale, mais qui n'est pas sans grandeur, a été édiflée peu à peu par le professeur S. Freud dans une série d'ouvrages publiés depuis 1893 ; mais surtout elle a été développée de toutes manières par de très nombreux élèves parmi lesquels je citerai Ricklin, Ferencsi, Adler, Gross, Jones, Rank, Stekel, Bleuler, Jung, Maeder qui ont fondé de nombreuses revues de psycho-analyse. Sans doute tous ces disciples n'adoptent pas absolument les idées du maître et déjà plusieurs directions différentes préparent des schismes inévitables. Mais néanmoins la psycho-analyse s'est répandue non seulement en Autriche, mais aussi en Suisse, en Angleterre et dans les États-Unis d'Amérique. Elle détermine aujourd'hui un grand

¹ E. Régis et A. Hesnard, *La Psycho-analyse des névroses et des psychoses*, 1914, p. 3.

mouvement psychologique et médical tout à fait analogue à celui qui a envahi tous les pays à l'époque de l'apogée de l'hypnotisme.

Il est intéressant de remarquer qu'il s'agit encore d'une méthode psychothérapique dont les racines plongent dans le magnétisme animal français. La psycho-analyse est aujourd'hui la dernière incarnation de ces pratiques à la fois magiques et psychologiques qui caractérisaient le magnétisme : elle en conserve les caractères, l'imagination et l'absence de critique, l'ambition envahissante, l'allure épidémique, la lutte contre la science officielle. Il est probable qu'elle connaîtra aussi les appréciations injustes et le déclin ; mais comme le magnétisme et l'hypnotisme, elle aura joué un grand rôle et donné une impulsion utile aux études psychologiques.

Première partie : Évolution des psychothérapies

Chapitre III

Les thérapeutiques issues des pratiques religieuses

[Retour à la table des matières](#)

La médecine est sortie des religions comme des magies et la médecine psychologique nous présente bien des pratiques qui sont aujourd'hui laïques, qui sont appliquées par des médecins dans des maisons de santé, mais qui ont été autrefois des méthodes religieuses employées par des supérieurs dans des couvents pour la direction des âmes. L'excellence reconnue de ces méthodes a déterminé l'extension de leur emploi.

1. - Les maisons d'isolement

L'isolement de la société des hommes semble être un grand mal et bien des descriptions littéraires en ont exprimé les souffrances. Cependant il doit y avoir dans l'isolement quelques raisons d'être, et même quelque charme, puisque nous le voyons pratiqué sous plusieurs formes par diverses religions. Dans les religions hindoues ou égyptiennes, et surtout dans la religion chrétienne, nous 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, 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 : des couvents entiers furent percés dans la montagne et décorés d'innombrables sculptures faites dans le roc même. Au III^e siècle de l'ère chrétienne, l'amour de la solitude grandit comme une épidémie, et de grands ordres monastiques ont été fondés de tous les côtés.

La première raison de ces pratiques était une raison religieuse : les hommes croyaient se priver de plaisirs nombreux, et s'imposer des souffrances méritoires en se retirant du monde. En même temps ils espéraient être moins distraits par les agitations mondaines et pouvoir plus efficacement se consacrer à la méditation et à la prière. Il est probable que bien des personnes ont apprécié et ont fait connaître d'autres satisfactions et d'autres bienfaits de cette vie retirée et méditative, car nous voyons bientôt la vie monastique attirer bien des personnes, surtout les faibles, les vaincus de la vie par un attrait qui n'est pas uniquement celui de l'ascétisme.

Plus tard, les laïques eux-mêmes cherchèrent à profiter des bienfaits de cet isolement religieux 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.

La médecine avait également organisé des maisons où on isolait certains malades : les léproseries et les maisons d'aliénés existaient depuis longtemps, mais on imposait cet isolement aux malades pour se protéger contre eux et on ne songeait pas à l'intérêt des aliénés quand on les mettait dans des maisons fermées. C'est de cette première organisation des garderies d'aliénés qu'est né le préjugé encore tenace aujourd'hui contre les établissements d'isolement médical.

Ce ne fut qu'à une époque relativement récente que les médecins instruits plus ou moins consciemment par l'exemple des couvents, apprécièrent le calme et la satisfaction que procure la vie isolée et commencèrent à utiliser ce procédé de traitement pour quelques-uns de leurs malades. Jean Weyer, 1579, Paulin, Zimmermann, 1788, Cullen et Willis, 1772-1840, conseillèrent des cures par l'isolement. 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 inaugurerait 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, sous la direction de William Tuke, devint le point de départ et le modèle de tous les asiles anglais. 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 impossible dans leur famille. 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 célébrité.

Au début, ce traitement par l'isolement n'était appliqué qu'aux aliénés proprement dits, quoique Briquet préconisait déjà le changement de milieu dans le traitement de l'hystérie. Weir Mitchell 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 traitement et l'appliquèrent à diverses névroses, à l'hystérie, à la neurasthénie. Ainsi s'organisèrent à ce moment dans les divers pays des maisons de santé d'un autre genre, adaptées non plus aux aliénés proprement dits, mais à ces demi-aliénés que l'on traitait sous le nom de névropathes.

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. 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.

2. - Les rééducations

[Retour à la table des matières](#)

L'éducation a toujours joué un grand rôle dans les religions et dans les institutions monastiques, elle était appliquée non seulement aux enfants, mais même aux adultes qui devaient acquérir de bonnes habitudes. Puisque l'éducation transformait un individu et le rendait capable d'actions nouvelles, à plus forte raison pouvait-elle rétablir des fonctions que le malade avait possédées autrefois, mais qu'il avait perdues par la maladie.

Des tentatives de traitements par la rééducation du malade sont en réalité fort anciennes. M. Kouindjy cite d'après le père Amyot des méthodes utilisées autrefois en Chine pour apprendre de nouveau les mouvements des membres aux malades paralysés, au XVII^e siècle on essayait en France de guérir des paralysies par des exercices de gymnastique. Les magnétiseurs et des médecins comme Laisné 1854, Blanche 1864, parlent du rôle des mouvements rythmés dans le traitement des chorées. Enfin, parmi les précurseurs du traitement éducatif des névropathes, il faut placer les nombreux médecins et pédagogues qui se sont dévoués au traitement des enfants présentant des vices de prononciation, en particulier du bégaiement.

L'idée d'appliquer aux troubles pathologiques les procédés d'éducation semble avoir pris de l'importance à la suite des travaux de Seguin 1837-1846, et de ceux qui se sont occupés du traitement des idiots et des arriérés. Ces éducations d'individus

anormaux ayant donné clés résultats très intéressants, il parut utile d'appliquer des procédés analogues à d'autres malades dont les troubles moins graves semblaient également des troubles psychologiques.

Il me semble qu'il faut rapporter à l'enseignement de Charcot une systématisation intéressante de ces méthodes de traitement des névropathes, l'institution d'un traitement régulier des paralysies hystériques par la rééducation des mouvements. A la même époque des procédés du même genre étaient appliqués au traitement du mutisme et de l'aphonie hystériques : le malade était exercé à prêter la plus grande attention aux sons qu'il cherchait à entendre et qu'il s'efforçait de reproduire. Enfin on peut considérer au moins dans certains cas le traitement que l'on appliquait à ce que l'on appelait l'anorexie hystérique comme une éducation de la fonction de l'alimentation.

Une deuxième époque dans l'histoire des traitements par la rééducation me paraît caractérisée par l'application de traitement du même genre aux paralysies et aux troubles du mouvement d'origine organique, en particulier aux troubles du mouvement déterminés par le tabès. Ce fut au début l'œuvre de Leyden et de Fraenkel qui essayèrent de rendre au tabétique une marche plus régulière en lui apprenant à diriger ses mouvements d'une autre manière qu'il ne le faisait autrefois, par les sensations visuelles au lieu des sensations kinesthésiques. Ces méthodes appliquées primitivement au tabès se sont élargies peu à peu et ont été appliquées à des paraplégies, à des cas d'hémiplégie organique. Plusieurs auteurs ont décrit des tentatives intéressantes pour rééduquer le langage chez des aphasiques.

Dans une troisième période ces traitements éducatifs ont été appliqués à divers troubles du mouvement présentés par des névropathes qui n'étaient pas atteints d'hystérie proprement dite, le plus souvent aux troubles moteurs et en particulier aux tics des psychasténiques. J'indiquais moi-même en 1889 le rôle de l'automatisme dans les tics présentés si souvent par ces malades et les procédés d'éducation qui pourraient modifier la tendance motrice anormale. M. Morton Prince insistait dans ses « association neuroses » sur ces groupements anormaux de mouvements qu'il appelait des neurogrammes ; plus tard il les compara aux associations artificielles produites chez les chiens dans les expériences de M. Pawlof. Le traitement consistait pour lui à dissoudre ces composés artificiels par une éducation inverse de celle qui les avait formés. Les psychologues d'ailleurs comme M. Payot insistaient sur la loi de la mémoire d'après laquelle tout souvenir qui n'est pas rafraîchi de temps en temps a tendance à perdre de sa netteté et à disparaître. Or dans une certaine mesure nous sommes maîtres de favoriser ou d'empêcher la reproduction des mouvements et des pensées et nous pouvons donc condamner à mort un souvenir ou une tendance motrice en refusant de l'exercer. C'est avec ces divers éléments que s'est constituée une intéressante tentative de traitement des tics.

Autrefois les médecins n'essayaient guère de guérir les tics qu'ils considéraient facilement ou comme insignifiants ou comme incurables. Les traitements des tics par la rééducation ont commencé avec Jolly 1830, Blache 1854, ils ont été étudiés et précisés par Brissaud et par ses élèves qui ont établi le principe du traitement par la discipline de l'immobilité et du mouvement. Une application intéressante de ces méthodes, a été faite au traitement des crampes professionnelles, en particulier de la crampe des écrivains qui est si souvent une variété des tics psychasténiques. L'étroite parenté qui unit les tics aux différentes sortes de bégaiement ont conduit à appliquer

aux premiers les méthodes usitées dans le traitement du second. M. Pitres a proposé une méthode de traitement des tics par la régularisation de la respiration.

Ces exercices respiratoires sont devenus rapidement indépendants de tout traitement de la parole et se sont montrés essentiels en eux-mêmes. Déjà les chefs de la gymnastique suédoise, Ling en particulier, avaient montré l'importance d'une gymnastique respiratoire méthodique et en avaient formulé les règles. Ces mouvements respiratoires étendus et profonds déterminent une ventilation plus active et un balayage complet des résidus : ils ont une grande influence sur la santé générale et peut-être même sur l'activité mentale, ils devraient faire plus souvent partie du traitement général des névroses. Ces exercices respiratoires deviennent encore plus importants quand les troubles névropathiques portent plus particulièrement sur la fonction respiratoire. J'ai déjà montré à plusieurs reprises que des gymnastiques respiratoires n'agissent pas seulement sur le mutisme hystérique, mais encore sur les toux, les bائلements, les reniflements, les soupirs, les hoquets, si fréquents chez les névropathes. C'est aussi à la même époque que le traitement par l'éducation de l'alimentation fut étendu après n'avoir été guère appliqué d'abord qu'aux anorexies hystériques. M. Dubois (de Berne) rappelant les études de Barras (*Traité sur les gastralgies, entéralgies ou maladies nerveuses de l'estomac et de l'intestin*, Paris 1820), soutint qu'un grand nombre de gastropathies sont en rapport avec de mauvaises habitudes, avec des troubles émotionnels et des névroses diverses et il insista sur l'importance d'une éducation alimentaire qui ne tint pas compte de peurs, des préjugés, des mauvaises habitudes du malade. Dans la collection de « psychotherapy » de Parker M.R.C. Cabot place ingénieusement cette thérapeutique parmi les traitements par le travail : « Un individu qui souffre ou qui croit souffrir de l'estomac réduit son alimentation et je le trouve mourant de faim ; je lui ai dit de manger malgré tout et sa santé s'est complètement rétablie. C'est le « work cure » de l'estomac : c'est le travail qui fait l'estomac, les intestins, les organes sexuels aussi bien que le cerveau. »

La rééducation cependant a encore été entendue d'une manière beaucoup plus large quand elle a voulu dépasser le traitement des troubles proprement moteurs pour atteindre les troubles d'apparence plus précisément mentale. D'abord on n'a attaqué ces derniers que par l'intermédiaire des troubles du mouvement eux-mêmes. Les malades dont les symptômes les plus apparents consistent en phobies, en obsessions, en délires et qui n'attirent pas notre attention sur des troubles du mouvement, présentent cependant dans ces mouvements beaucoup de désordres. N'est-il pas vraisemblable qu'une transformation de ces mouvements par l'éducation agirait sur l'ensemble de l'activité et préviendrait ou détruirait les troubles mentaux. C'est ce que j'exprimais déjà, dans mon livre sur les obsessions 1903, en conseillant d'habituer "enfant" pré-disposé au mouvement qui est un des grands antagonistes de la rumination mentale. « Il doit faire, disais-je, beaucoup d'exercices physiques de toute espèce, il faut que ces exercices soient réglés et adroits car il est essentiel de développer chez lui l'adresse des mouvements physiques. Les scrupuleux sont de terribles maladroits qui ne peuvent rien toucher, rien manier : il faut habituer ces enfants dès le plus bas âge à se servir de leurs mains, à exercer des métiers manuels, à travailler la terre, le bois, le papier, à cultiver des plantes, à construire des objets, à agir sur la réalité ». Des idées de ce genre ont été adoptées par ceux qui s'occupaient de traitements par la gymnastique, mais sans grande précision.

Il me semble que le développement de cette idée a été surtout un des caractères curieux du mouvement thérapeutique qui s'est développé en Amérique en opposition à la Christian science sous le nom de « New Thought ». La plupart de ces auteurs

cherchent à modifier l'état mental des névropathes par l'éducation des mouvements des membres et par la suppression de tous les petits désordres moteurs qui caractérisent ces malades. L'un d'eux recommande de faire plusieurs fois par jour pour l'exercice suivant : « Se promener en tenant un verre plein d'eau bien droit devant soi, sans en répandre une goutte » : C'est qu'il faut apprendre à surveiller les tremblements et les mouvements involontaires. Il faut lire sans se permettre aucun mouvement des lèvres ou de la langue pendant qu'on lit. Il faut s'exercer à ouvrir lentement les doigts un à un, à les refermer lentement et continuer cet exercice pendant dix minutes de manière à surveiller avec précision le déploiement et la contraction des doigts. Un autre insiste sur les exercices de la force du regard « Il faut s'exercer à fixer avec intensité un point noir sur du papier blanc soutenir ce regard une minute, arriver à le soutenir quinze minutes, changer la direction du regard et maintenir cette nouvelle direction... Se regarder soi-même dans une glace avec fixité pour s'accoutumer à soutenir le regard d'autrui ; fixer les personnes résolument et si on ne peut pas tout de suite les fixer dans les yeux, fixer un point imaginaire à la racine de leur nez... Ne pas oublier que l'homme énergique nous donne constamment l'impression d'être en repos : il n'est point nerveux, il ne s'agite pas, ayant le sentiment qu'il a en lui des forces de réserve ». Il est inutile d'énumérer tous ces exercices qui sont toujours du même genre et qui ont le même caractère général. Ils indiquent la même direction thérapeutique : il s'agit toujours d'éduquer l'attitude extérieure afin de parvenir par elle à modifier le moral.

Au delà de ce premier groupe il faut placer un grand nombre de thérapeutes plus hardis et surtout plus conséquents. Puisque les troubles mentaux doivent être modifiés par l'éducation, il faut les attaquer directement et faire l'éducation, non des mouvements du corps, mais des mouvements de l'esprit, il faut faire faire des exercices à l'esprit lui-même et développer par la gymnastique mentale les facultés qui nous semblent manquer au sujet et qui lui permettront de lutter contre son mal. M. Morton Prince est l'un des premiers qui en parlant du traitement des névropathes ait sans cesse employé le mot d'éducation, Il fait justement la critique du « test cure » de Weir Mitchell quand il est appliqué avec exagération et sans influence morale. La méthode qu'il préfère appliquer est surtout une rééducation du caractère : « Pour y parvenir, il faut modifier les croyances des malades, leur enlever les appréhensions et détruire cette habitude déplorable de considérer toute sensation désagréable comme le signe d'une lésion grave, irréparable : il faut l'habituer à contrôler et à supprimer les états émotifs et ici intervient surtout le tact et le caractère individuel du médecin. » Enfin il faut éduquer le malade à faire le plus d'actions possibles quand elles peuvent être accomplies sans accidents.

La plupart de ces études sur la rééducation sont assez vagues et semblent porter sur toutes les fonctions de l'esprit indistinctement ; d'autres semblent un peu plus précises et essayent de s'adresser à certaines facultés de préférence. Plusieurs auteurs, par exemple, se préoccupent de la disposition de l'esprit à l'émotion exagérée de ce qu'on appelle l'émotivité qui joue un grand rôle dans beaucoup de troubles et ils considèrent la résistance à l'émotion comme une sorte de fonction que l'on peut développer par la gymnastique. Oppenheim dans ses lettres médicales, déjà anciennes et dans des articles récents, conseille de commencer dès l'enfance la culture du pouvoir de contrôler les émotions et les passions. Ses idées me paraissent constituer la partie essentielle de beaucoup d'ouvrages dans lesquels on considère les névroses comme la conséquence en quelque sorte fatale du manque ou d'une erreur de l'éducation première.

De même que les précédents auteurs se préoccupaient d'éduquer l'émotion, d'autres se sont proposé le problème de l'éducation de l'attention. Ils ont montré que dans le travail mental comme dans tous les autres il y a une part considérable d'habitude qu'il faut développer et sur laquelle il faut s'appuyer : la conclusion a été de proposer au malade le travail mental comme un moyen de guérison. Mais ceci nous entraîne déjà dans l'étude d'une thérapeutique psychologique que je considère comme un peu différente de l'éducation proprement dite. La gymnastique a élevé peu à peu ses prétentions et partie du traitement des troubles élémentaires du mouvement elle s'est attaquée aux troubles des fonctions les plus élevées.

3. - La moralisation médicale

[Retour à la table des matières](#)

On peut réunir sous le titre de « moralisation médicale » un ensemble d'écoles qui se sont développées en Europe et en Amérique au début de ce siècle et qui ont pour caractère commun de traiter les malades par des raisonnements et par des exhortations morales. L'expression la plus complète de ces doctrines, dans leur exagération même, me paraît contenue dans les ouvrages d'un médecin suisse, Dubois (de Berne), *les psycho-névroses et leur traitement moral*, 1904, *L'éducation de soi-même*, 1909.

Cette thérapeutique comprend d'abord une partie négative, car Dubois se montre sévère pour la plupart des traitements usuels : les diverses interventions chirurgicales à propos des affections du ventre ou des maladies des organes des sens lui semblent le plus souvent exagérées et fâcheuses. Les pratiques hydrothérapiques dont on a tant abusé ne trouvent pas grâce devant lui, les massages, les injections sous-cutanées, les traitements par les extraits d'organes, tout cela est traité de charlatanisme. « Il faut supprimer tout cela et s'avancer vers la maladie sans armes, sans médicaments, cela donne au malade plus de conviction qu'il n'y a pas de danger, ce qui est extrêmement important. La seule arme doit être la parole entraînant ».

Nous sommes donc réduits aux seuls traitements moraux, mais même parmi ceux-ci, il faut faire des exclusions. Bien entendu, les traitements miraculeux comme ceux de Lourdes, sont tournés en dérision. Mais surtout les critiques les plus sévères sont dirigées contre l'hypnotisme et la suggestion. L'essentiel du traitement consiste « dans une conversation intime et quotidienne qui vaut mieux pour le malade que les douches et que le chloral... le vrai médecin fait plus de bien par sa parole que par ses ordonnances... aussi doit-il se borner à s'asseoir près du malade pour le guérir par des entretiens moralisateurs ». Il est curieux de remarquer l'analogie de ces expressions avec celles de P.-P. Quimby et de Mrs. Eddy.

Quel va être l'objet de ces entretiens ? « Leur objet principal doit toujours être la raison et la vérité ». Mais encore quelle vérité allons-nous communiquer au malade ? « La vérité sur sa maladie qu'il faut lui faire comprendre : cela est très important, car il arrive avec des idées fausses sur les troubles dont il souffre... Par une discussion prolongée et infatigable, il faut lui démontrer son erreur : ni son estomac, ni son

intestin, ni son cerveau, n'ont en réalité aucune lésion. Les troubles qu'il a constatés sont simplement des troubles fonctionnels, ils n'ont en eux-mêmes ni gravité, ni importance. L'essentiel, c'est de ne pas en tenir compte et de ne jamais parler de douleurs ni de sensations pénibles ». Au moins, les troubles moraux dont souffrent ces malades sont-ils plus sérieux? Pas davantage, « ce ne sont pas de vrais malheurs qui troublent leur âme, ce sont des riens, de petites contrariétés, des piqûres d'épingle de la vie : un peu de philosophie facile à inculquer suffit à rétablir l'équilibre mental ».

Prenons comme exemple le sentiment de fatigue dont les nerveux se plaignent constamment. Il est évident que ce problème de l'épuisement des névropathes qui, pour moi est si compliqué, est au contraire aux yeux de M. Dubois étonnamment simple. « Il ne s'agit que de fausses fatigues, de convictions de fatigue et non pas de fatigues vraies ». Au fond il n'y a rien de réel dans toutes ces maladies en dehors des idées fausses elles-mêmes : le pauvre homme « est dans l'erreur », comme les malades de Mrs. Eddy.

Ce sont ces notions qu'il faut faire bien pénétrer dans la tête du patient. On y parviendra d'abord par notre attitude vis-à-vis des symptômes que l'on ne prendra pas au sérieux, que l'on ne traitera pas et surtout par la discussion persuasive : « La persuasion par la voie logique est une vraie baguette magique ». En même temps que l'on poursuit cette discussion médicale et psychologique, il faut éveiller dans l'esprit du malade l'idée de la guérison. Sans doute il peut paraître bizarre de parler de guérison à un individu quand on a commencé par lui prouver qu'il n'avait aucune maladie. Mais on peut lui accorder, comme Mrs. Eddy, qu'il avait l'illusion de la maladie et qu'il doit guérir de cette illusion. Il faut lui inculquer l'idée fixe qu'il guérira, il faut maintenir la fixité de cette idée jusqu'à la guérison complète.

Pour éviter les recherches il faut remplacer les idées absurdes des névropathes par de hautes pensées philosophiques. Il faut faire comprendre au malade « l'importance de la pensée, la puissance de son âme, la supériorité de l'esprit sur le corps. La morale est indispensable à ces malades, elle seule peut amener un changement profond dans leur mentalité ». Le petit livre, sur « l'éducation de soi-même » contient de belles pages sur la tolérance, l'indulgence, la modération, la pitié, la bonté ; ces excellents sermons écrits pour des malades seraient peut-être à mon avis encore plus utiles pour les individus bien portants. Dubois insiste sur le raisonnement, mais il y joint sans cesse l'action clé tous les sentiments ; il veut que l'on fasse constater au malade tout ce qu'il y a en lui de beau et de bon, que l'on obtienne sa confiance, « qu'on l'entoure d'une sympathie si vivante, si enveloppante qu'il aurait vraiment mauvaise grâce à ne pas guérir ».

Dans mon étude historique plus complète, j'ai montré qu'en Allemagne et en Suisse de nombreux auteurs exprimèrent à ce moment des pensées du même genre. Je rappelle seulement les excellents conseils de A. Forel. « Si on veut arriver autant que possible à une vieillesse heureuse, il faut avant tout ne jamais renier son optimisme, secondement ne jamais perdre son temps à ruminer sur le passé ni à pleurer ses morts, troisièmement travailler jusqu'à son dernier soupir afin de maintenir l'élasticité de son activité cérébrale ». On reconnaît dans ces ouvrages la même inspiration: la santé et le bonheur sont encore obtenus par « l'hygiène de l'âme », par le développement de l'intelligence et par l'exercice des vertus morales.

Des écrivains français, comme Déjerine, ont été les disciples immédiats du professeur, de Berne et n'ont fait que reproduire mot à mot son enseignement avec des modifications insignifiantes. Ce qui est plus curieux, c'est que la plupart des auteurs qui s'étaient rattachés avec enthousiasme à l'hypnotisme l'ont abjuré et se sont tournés avec le même enthousiasme vers cette nouvelle médecine morale. M. Bernheim lui-même répète maintenant que la suggestion n'est rien et qu'il n'a jamais voulu faire que de la persuasion. A une époque récente, tout traitement à la mode devait être fait par éducation rationnelle.

C'est encore aux États-Unis d'Amérique qu'il nous faut revenir pour trouver un développement plus original de la méthode de la moralisation. Mrs. Eddy avait voulu accaparer pour elle seule les idées de P.-P. Quimby sur le traitement moral. Mais plusieurs disciples de Quimby avaient conservé et développé cet enseignement sans se mettre à la remorque de Mrs. Eddy. Les travaux de W. T. Evans, de J. A. Dresser, de M. Wood sont devenus l'origine du « New thought movement » et de ses nombreuses variétés. Plus récemment, cette forme de la psychothérapie a pris en Amérique un développement bien plus considérable à la suite d'un fait assez inattendu, l'alliance qui a été établie entre les représentants de la religion et ceux de la médecine. Mrs. Eddy a réveillé les pasteurs et les médecins de leur inertie et de leur sommeil dogmatique. Le développement invraisemblable de la « Christian science » atteignait les églises constituées auxquelles il enlevait des fidèles et les médecins officiels à qui il enlevait des clients. La peur de l'ennemi commun fait les alliances les plus inattendues.

En octobre 1906, MM. Elwood Worcester et Samuel Mc Comb, recteurs de l'église Emmanuel, église épiscopale de Boston ont organisé ce qu'ils appellent « Emmanuel church health class » destinée au traitement des désordres nerveux. Ce qu'il y a d'original dans la tentative de l'église de Boston, c'est que le traitement des maladies pratiqué par des prêtres dans des temples, cesse pour la première fois d'être en antagonisme avec la thérapeutique des médecins décorés de diplômes officiels. Le mouvement Emmanuel se présente comme une association de pasteurs et de médecins. Ce caractère est bien manifeste dans les règlements officiels de l'œuvre rédigés par un comité où se trouvaient quatre médecins et par la collaboration active des médecins qui consentirent même à prendre la parole dans les temples.

Ce mouvement ne tarda pas à se développer, de l'église Emmanuel (le Boston il gagna un grand nombre d'autres villes, des livres importants furent publiés de divers côtés. Nous trouvons dans cette étude la préoccupation constante d'écartier les exagérations qui ont fait le ridicule de la Christian science, nous y trouvons aussi, plus que dans les ouvrages de Dubois, un intérêt plus grand accordé aux études des psychologues, des pédagogues, des criminalistes. Un point particulier appartient en propre à cette école, c'est la part considérable que l'on donne dans ce traitement aux exercices religieux. « Les services hebdomadaires, les réunions, les prières, les hymnes chantés en commun sont des exercices très fructueux... La plus haute forme de l'acte religieux est la prière qui ne sert pas seulement à obtenir les dons de Dieu, mais qui joue un très grand rôle par elle-même... La prière religieuse donne le calme et guérit l'inquiétude ».

Malgré leurs efforts pour se distinguer, ces théories psycho-thérapeutiques présentent une ressemblance curieuse avec celles de Mrs. Eddy. C'est au point de départ la même idée plus ou moins avouée que la maladie est une erreur ou une faute et que l'on peut en sortir par un enseignement ou une éducation morale. C'est la même

négarion du mal : Mrs. Eddy dit que le corps n'existe pas et Dubois répète que la lésion corporelle n'existe pas. La négation n'est pas plus logique dans un cas que dans l'autre, car, si mon corps n'existe pas, pourquoi me fait-il souffrir et si je n'ai aucune maladie, pourquoi suis-je un infirme et pourquoi dois-je me faire soigner ? C'est le même détournement de l'attention vers l'esprit et les conduites élevées. Vraiment l'ouvrage de bien des moralisateurs semble être le livre de Mrs. Eddy laïcisé.

Il y a cependant des différences importantes : la Christian science prétend tout guérir et ne distingue aucune maladie, les moralisateurs, bien qu'ils aient une conception fort vague des psycho-névroses, ne s'attaquent qu'à des maladies spéciales dans lesquelles les idées du malade ont réellement un rôle important. Les erreurs dont parle la Christian science sont des erreurs philosophiques d'une importance douteuse, les erreurs que discutent les moralisateurs sont des erreurs de conduite et de croyance que l'on peut plus facilement modifier et dont la modification peut avoir des effets plus inintelligibles. L'idéalisme de Mrs. Eddy n'est qu'un moyen de supprimer la matière, les actes généreux et élevés que demande Dubois (de Berne) exigent de l'attention et de l'effort et doivent réellement développer la puissance morale. Il ne s'agit plus seulement de pensée vraie, il s'agit de pensée bonne, le bien moral s'ajoute à la vérité philosophique.

Mais surtout il y a un grand progrès dans l'interprétation de la puissance mystérieuse qui agissait dans les miracles à l'insu des primitifs opérateurs et de leurs malades. Mrs. Eddy sait qu'il s'agit d'une puissance qui réside dans l'esprit, mais elle ne le révèle pas ; les malades qu'elle traite peuvent prendre au sérieux sa métaphysique et se figurer qu'il s'agit d'une puissance miraculeuse. Les malades de Dubois ne peuvent commettre la même erreur, car il leur explique parfaitement les forces qu'il essaye de mettre en oeuvre.

Sans doute on retrouve dans les deux doctrines l'influence du magnétisme animal, l'horreur de Dubois pour l'hypnotisme et les rages de Mrs. Eddy contre le magnétisme malicieux, ont le même point de départ. Mais les moralisateurs ont ajouté au magnétisme le sentiment véritable de la religion et de la morale. Comme cela arrive souvent, c'est l'ouvrage le plus laïque en apparence qui contient le plus de sentiment religieux. Quelles que soient les insuffisances et les erreurs qu'il est trop facile de relever dans les théories de ces médecins moralistes, il ne faut parier de leur oeuvre qu'avec respect et sympathie. Car ces hommes de grande valeur scientifique et morale ont entrepris une tâche difficile avec conviction et désintéressement et ils ont fait faire à la psychothérapie de grands progrès.

4. - Les traitements par la foi, par le travail

[Retour à la table des matières](#)

Dans toutes les religions on pouvait recueillir depuis longtemps des observations sur des phénomènes psychologiques singuliers que l'on désignait sous le nom d'inspirations, de foi, de grâce, de conversion, d'illumination. Beaucoup de pratiques religieuses, des réunions nombreuses, des cérémonies émouvantes en présence d'une grande foule, des reproductions de scènes heureuses ou tragiques, des rites qui

unissaient intimement les fidèles à des Dieux puissants, des bénédictions, des discours sur l'alliance avec la Divinité semblaient avoir pour but de faire naître de tels phénomènes psychologiques, Les défenseurs des religions relevaient avec raison l'excellent effet de ces pratiques sur les fidèles qui partaient consolés et réconfortés.

Pendant longtemps les historiens et les philosophes qui étudiaient les religions, ont mal compris les phénomènes de ce genre. Ils se bornaient à critiquer le rite et le mythe en lui-même et ne comprenaient pas que ces croyances sans vérité objective pussent avoir, malgré leur fausseté, un effet psychologique remarquable. Ce n'est que récemment que ce côté psychologique des phénomènes de la religion a été mis en lumière. William James, en particulier, dans son livre sur « l'expérience religieuse » et dans son livre sur « les énergies de l'homme » a beaucoup insisté sur la puissance psychologique de ces pratiques : il a montré les deux phénomènes essentiels qui apparaissent dans ces circonstances, le changement des sentiments qui de la tristesse passe à la joie et le changement de conduite qui fait passer les sujets, sinon du vice à la vertu, au moins d'une vie plate et monotone à une vie plus saine, plus large et plus courageuse.

Les moralistes et les médecins ont cherché à tirer parti de ces puissances psychologiques et on peut grouper sous le nom de thérapeutiques par la foi et par le travail toutes ces méthodes, tantôt vagues et peu conscientes d'elles-mêmes, tantôt plus systématisées qui essayent de guérir le malade par l'encouragement et par l'effort.

Bien des doctrines optimistes font appel au courage et à l'énergie la morale stoïcienne était fondée sur cette confiance dans les forces humaines dont l'homme désespère souvent trop vite. « Tu es sauvé dès maintenant, disait Luther, si seulement tu consens à le croire. » « Le vice essentiel de notre nature chamelle, disait William James, c'est la crainte qui n'a jamais rien de respectable... Nous avons en nous des énergies inconnues, nous sommes intimement unis au principe divin... Une mère qui voit son enfant en danger trouve en elle des forces d'Hercule dont elle ne se doutait pas. » On trouve des allusions à un traitement par le travail et par l'effort dans tous les ouvrages des aliénistes français du siècle précédent. Enfin il n'est pas difficile de retrouver beaucoup d'allusions aux bons effets de l'excitation dans tous les ouvrages qui traitent de la gymnastique et de l'entraînement physique.

Qu'il me soit permis de rappeler ici mes propres recherches sur la rééducation de la volonté et de l'attention. Dans mes premières observations les malades, malgré la destruction des idées fixes principales, retombaient trop aisément. Pour relever l'activité mentale, j'ai essayé de les soumettre à une sorte de gymnastique de l'attention ; le travail mental ne put être obtenu sans provoquer bien des résistances, mais il ne tarda pas à produire des résultats intéressants, et je pus présenter cette éducation comme un procédé essentiel dans le traitement de l'hystérie.

Grasset distinguait une psychothérapie inférieure et une psychothérapie supérieure : sans que l'on sut très bien pourquoi, il aimait, lui aussi, à appeler les traitements par la suggestion des traitements inférieurs, ce qui est un enfantillage ; mais il décrivait très bien sous le nom de psychothérapie supérieure une éducation ayant pour but « la culture, l'accroissement, le perfectionnement de la volonté, la maîtrise de soi, l'unité morale du moi, de la personnalité ». A la même époque s'est développée une thérapeutique singulière qui a été rarement analysée ou discutée, c'est le traitement de M. Vittoz (de Lausanne) qui se rattache à la fois aux études précédentes

sur la nécessité de rééduquer l'attention et aux procédés des disciples de la « New thought » américaine.

Tous ces écrits français sont assez connus, aussi je voudrais signaler surtout un groupé de petits livres, publiés pour la plupart en Amérique par la New thought C° et qui me semblent dignes d'attirer la curiosité. Ces ouvrages d'une apparence, il est vrai, peu scientifique, ont un caractère assez pratique et une inspiration morale élevée ; plusieurs ont été traduits en français. Les titres de quelques-uns de ces ouvrages indiquent bien leur caractère : « Le bonheur et le mariage, L'hygiène du cerveau, Essai de guérison personnelle, La philosophie de la joie, La volonté d'être bien portant, Le pouvoir du silence, Quelles sont vos forces et comment en user ? Comment vivre cent ans et vivre heureux ? » L'auteur de ce dernier livre nous conseille de maintenir devant nos yeux des exemples de longévité heureuse et de nous figurer que nous nous sentons plus jeunes tous les jours : ces conseils sont excellents, mais peut-être d'une exécution difficile. L'auteur d'un « Cours de vitaeopathie » assure que l'on guérira beaucoup de personnes en les encourageant à vivre : cela est simple et un peu naïf, mais cela indique bien le caractère général de cette médecine d'encouragement. L'auteur d'un livre sur « La force pensée, son action et son rôle dans la vie, commence ainsi : Ce petit livre est destiné à faire connaître à chacun les forces secrètes qu'il renferme, il sera un manuel d'énergie, il enseignera la volonté, il éduquera la caractère... »

Pour parvenir à cette puissance on doit faire certains exercices préparatoires : les uns consistent en exercices respiratoires, les autres en méditations dans la solitude. Mais il faut surtout écrire en gros caractères, apprendre par cœur et répéter sans cesse certaines phrases importantes sur lesquelles on fixe sa pensée en se couchant et en se réveillant. J'ai été étonné de constater récemment que ces petits livres ont été lus à Paris par des malades à l'affût de tout ce qui leur promet cette énergie qu'ils n'ont pas. Des femmes du peuple qui venaient à l'hôpital croyaient bon de porter sur elles de petits papiers où étaient écrits en grosses lettres les formules qu'elles répétaient : « Je suis forte, très forte, ma volonté sera très forte devant les hommes et ne sera nulle que devant Dieu, personne ne peut résister à mon influence, je suis décidée à réussir, je suis sûre de réussir ». Je dois ajouter, hélas ! qu'il s'agissait de pauvres femmes déprimées et horriblement timides qui ne réussissaient rien.

Tous les écrivains de ce groupe présentent, peut-on dire, les mêmes défauts et les mêmes qualités. Ils ont évidemment beaucoup d'exagération et de naïveté, ils n'ont aucune précision ni psychologique, ni clinique, et ils ne donnent aucune observation qui permette de contrôler leurs affirmations. Mais il n'en est pas moins vrai qu'ils ont un sentiment assez net de ces forces latentes dont parlait William James et qu'ils font appel d'une manière intéressante à l'excitation psychologique comme au traitement essentiel des dépressions.

D'autre part nous trouvons également en Amérique tout un groupe de médecins et de psychologues, tout à fait indépendant de ces différentes sectes qui ont étudié les mêmes problèmes d'une manière plus scientifique. Il serait possible de réunir ces conseils thérapeutiques sous le nom de « Work cure », le traitement par le travail proposé par M.R.C. Cabot et de les opposer au « rest cure », traitement par le repos, autre fois en honneur à Philadelphie.

M. P. Coombs Knap (de Boston) constatait déjà en 1897 que le meilleur moyen de guérir des travailleurs atteints de névroses traumatiques était de les ramener le plus

tôt possible à leur travail, au lieu de les faire reposer indéfiniment comme on avait trop de tendance à le faire. Des remarques analogues ont été présentées par plusieurs médecins qui réclament « un changement dans le point de vue, dans les attitudes de l'esprit, un réveil des ambitions que l'on peut légitimement entretenir, la recherche des émotions de joie qui se développent après le succès et qui donnent une vue d'une vie nouvelle ». M.R.C. Cabot mérite d'être considéré comme l'un des représentants principaux du « Work cure », du traitement par le travail : « les craintes maladives du névropathe, ses préjugés sur son estomac, les bavardages et les impuretés sexuelles tiennent à ce qu'il n'a pas assez à faire. Il est un temps où les garçons ont besoin d'avoir quelque chose de dangereux à faire, leur vie éclate si nous voulons la mettre en bouteilles. Nous voyons la décadence des hommes actifs quand ils prennent leur retraite et la rapide détérioration de la santé, quand on abandonne le travail qui est un de nos supports naturels ».

N'oublions pas le grand rôle joué avec tant d'autorité par le professeur J.J. Putnam (de Boston) : lui aussi demande des efforts et du travail, car le meilleur préservatif des névroses est une éducation systématique qui apprend à distinguer la vraie et la fausse fatigue, qui donne une juste estimation de nos forces : les sacrifices, les responsabilités, les efforts pour se discipliner, les efforts pour faire des progrès moraux donnent une vue plus compréhensive de la vie et conduisent à la santé physique et morale. M. Putnam essaye de communiquer son propre enthousiasme pour les études philosophiques, il veut combattre les doctrines matérialistes et pessimistes, il veut montrer que les notions scientifiques et philosophiques sur l'évolution sont capables de nous donner de grands espoirs.

Malgré le caractère évidemment trop vague de beaucoup de ces études, les auteurs ont bien montré une notion que nous avons peut-être contribué à établir, c'est que les troubles névropathiques dépendent d'une altération fondamentale de l'activité. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un trouble de la sensibilité, de la mémoire, du raisonnement, mais de troubles des fonctions de synthèse, de l'appréhension du réel, de la tension psychologique. On essaye d'y remédier par l'exercice des fonctions les plus élevées, par la direction du travail, par des émotions sthéniques.

5. - Les directions morales

[Retour à la table des matières](#)

Les religions ont depuis longtemps découvert un des procédés les plus efficaces pour soutenir et relever l'humanité chancelante, la méthode de la direction morale. Deux choses caractérisent cette direction ; d'abord il ne s'agit pas d'une opération rapide qui une fois faite n'a pas besoin d'être renouvelée, il s'agit d'une action lente, prolongée, exercée par une série de séances rapprochées les unes des autres. En second lieu cette action a une meilleure influence si elle est faite par un individu particulier toujours le même pendant un certain temps.

La religion dans l'organisation des couvents a toujours donné une place importante à la personne du supérieur et à son influence régulière. La religion catholique ne s'est pas bornée à instituer la confession, mais elle a recommandé au fidèle de conserver le même confesseur et elle a perfectionné la conception du directeur de conscience dont le rôle avait déjà été bien compris par l'ancienne morale du stoïcisme. Ignace de Loyola, saint François de Sales, Bossuet, Fénelon, dont j'ai déjà eu l'occasion de citer à ce sujet des lettres intéressantes, savaient fort bien l'importance de la continuité dans le traitement des scrupuleux beaucoup mieux dirigés quand ils étaient entre les mains d'un confesseur qui les connaissait depuis longtemps.

Dans une de mes anciennes études j'ai analysé le singulier phénomène que les magnétiseurs désignaient sous le nom de « rapport magnétique ». Ces précurseurs de la psychothérapie se rendaient compte de l'importance du facteur personnel dans la direction de leurs somnambules, mais ils l'exprimaient d'une manière bizarre en la rattachant à leur théories des fluides. Ils connaissaient le phénomène de l'électivité, cette sensibilité, cette obéissance spéciale que le sujet présente vis-à-vis de celui qui l'a souvent magnétisé et ils l'attribuaient à un fluide particulier propre au magnétiseur qui avait pénétré le sujet. Ils interdisaient formellement le mélange des influences et des fluides et un bon magnétiseur ne permettait pas à une autre personne de faire des passes sur son sujet de prédilection. Ils savaient par expérience que dans le traitement de ces malades se présente souvent une grave difficulté quand il est devenu nécessaire de changer le magnétiseur ordinaire d'un sujet imprégné par le fluide du précédent. Il ne faut pas trop rire de ce langage naïf : nous rencontrons aujourd'hui des faits analogues, quoique nous les exprimions autrement.

Les moralisateurs qui, comme M. Dubois (de Berne) semblaient n'accorder d'importance qu'à la raison et à l'enseignement d'une morale Stoïcienne, se servaient aussi en pratique de cette influence personnelle, quand ils recommandaient au médecin de suivre régulièrement son malade afin de le mieux comprendre et de développer par une fréquentation prolongée une sympathie indispensable au traitement, M. Déjerine reprenait en les précisant les idées de M. Dubois (de Berne) quand il disait: « Pour moi, le fondement, la base unique sur laquelle repose la psychothérapie c'est l'influence bienfaisante d'un être sur un autre ».

Dans plusieurs de mes travaux précédents, de 1896 à 1903, j'ai insisté de différentes manières sur l'influence personnelle du médecin et sur le rôle qu'elle doit jouer dans la thérapeutique des maladies nerveuses : « Il faut transformer, disais-je à ce propos, en un métier accepté en connaissance de cause cette direction qui était faite autrefois sans s'en rendre compte par des personnes voisines du malade ou qui était réservée à des religieux... C'est un des caractères de notre temps que cette œuvre de direction morale revienne quelquefois au médecin quand le malade ne trouve pas assez de soutiens naturels autour de lui ».

La plupart des auteurs contemporains qui se sont préoccupés de ces traitements moraux ont insisté sur des idées du même genre. Grasset veut que le médecin dirige toute la vie du névropathe, il veut même arriver à une véritable prophylaxie des névroses en permettant au médecin de surveiller les mariages, de diriger les unions et les naissances pour arriver à organiser la défense sociale contre les maladies nerveuses. M. Lewellys F. Barker dans son travail « on the psychic treatment of the functional neuroses » admet que l'on commence le traitement par l'absolutisme médical qui ne laisse au malade aucune liberté, il espère que le plus souvent on pourra l'amener peu à peu à une certaine part de « self direction » mais il n'hésite pas à

constater que dans certains cas la direction médicale doit durer toute la vie. Il serait facile de multiplier des citations de ce genre car cette idée de la direction médicale des névropathes a été assez communément admise dans les travaux récents de psychothérapie.

Première partie : Évolution des psychothérapies

Chapitre IV

Les traitements psycho-physiologiques

[Retour à la table des matières](#)

Un grand nombre des thérapeutiques appliquées aux troubles de la conduite utilisent les propriétés physiques ou chimiques de certaines médications. Les médecins psychiatres qui les emploient croient souvent qu'ils appliquent uniquement, les enseignements de la physiologie et protestent contre tout traitement psychologique. Nous verrons en étudiant le caractère général de la psychothérapie que cette interprétation est fort exagérée et que tout traitement, même d'apparence physique, dont le choix a été déterminé par des considérations psychologiques appartient en grande partie à la psychothérapie.

1. - Les théories viscérales des névroses et les traitements psychologiques indirects

Les troubles psychologiques sont des troubles de la conduite et la conduite n'est pas autre chose que l'ensemble des réactions externes de l'être vivant. Comment admettre que ces réactions externes qui se passent dans les membres, dans la bouche, dans la langue, soient complètement indépendantes des réactions internes qui se passent à l'intérieur du même corps et dont l'étude constitue la physiologie ? La bonne

adaptation des réactions externes n'est-elle pas une partie de la vie comme la bonne adaptation des réactions internes elle-mêmes ? Un homme dont la conduite est dérangée est un homme qui ne vit ni correctement, ni complètement: au fond, quoique les apparences soient quelquefois contraires, il ne faut jamais cesser de considérer un aliéné comme un malade. Je ne puis pas m'empêcher d'éprouver un étonnement quand je vois un aliéné, délirant depuis l'âge de vingt ans, atteindre cependant un âge avancé et présenter même dans la vieillesse les apparences de la santé. Il y a là un problème complexe, embrouillé par nos ignorances sur la longévité réelle des hommes, sur les causes qui abrègent la durée normale de leur vie, sur l'appréciation de l'activité vitale et nous devons évidemment nous tromper quand nous admirons la bonne santé apparente de ces aliénés.

Il semble vraisemblable que toutes les maladies quelles qu'elles soient doivent avoir une influence sur la tension psychologique puisque celle-ci doit dépendre du bon fonctionnement de l'organisme tout entier et les anciens résumaient déjà cette croyance dans l'aphorisme célèbre : *Mens sana in corpore sano*. Bien souvent les médecins ont appliqué cet axiome à l'étude des névro-psychoses en cherchant soigneusement dans l'organisme des malades un trouble pathologique quelconque auquel on pût rattacher les troubles apparents de la conduite. « Il faut pour guérir les névroses, disait M. Lewellys Barker, tenir grand compte des processus locaux, des maladies des oreilles, des yeux, des vices de réfraction, des maladies des sinus, des maladies génito-urinaires, de la tuberculose, de l'artério-sclérose, de la syphilis, de l'alcoolisme, des formes frustes de la maladie de Graves, etc. » Le traitement de ces diverses affections, quand on est amené à l'entreprendre par l'examen des troubles psychologiques, est une forme indirecte sans doute mais très importante de la psychothérapie. Il y a des maladies ou, si l'on préfère, des groupes de symptômes physiques qui semblent avoir une importance particulière dans l'évolution de la névrose et dont le traitement doit davantage préoccuper le psycho-thérapeute : nous devons placer au premier rang les troubles gastro-intestinaux.

Il est incontestable qu'un grand nombre de malades atteints des diverses formes de la dépression mentale ont présenté ou présentent en même temps des troubles de l'alimentation. Un certain nombre de névropathes se nourrissent d'une manière insuffisante : on les désignait presque toujours autrefois sous le nom d'anorexiques hystériques ; aujourd'hui ce groupe fort confus s'est subdivisé et à côté des véritables troubles hystériques on a distingué les diverses obsessions, impulsions et délires relatifs à l'alimentation. En général il faut se méfier dès le début des restrictions d'aliments faites par des névropathes sous prétexte de régime ou sous prétexte de pratiques idéalistes. Elles ne tardent pas à s'exagérer et à amener des restrictions et des refus d'aliments de plus en plus graves. Plus fréquemment encore on observe chez ces malades des excès d'alimentation. Nous avons bien plus souvent affaire à des névropathes qui mangent trop qu'à des névropathes qui mangent trop peu. Sans parler même des grands boulimiques que des impulsions visiblement pathologiques poussent à manger toute la journée des quantités énormes d'aliments, nous voyons sans cesse un grand nombre de ces malades qui régulièrement absorbent à tous leurs repas des quantités d'aliments évidemment supérieures à la moyenne et surtout supérieures à la quantité qu'ils prenaient avant d'être malades. Cette conduite fréquente est en rapport avec le sentiment perpétuel de dépression et avec l'instinct qui nous pousse à rattacher la faiblesse à la faim et à la traiter par la nourriture. Les malades qui mangent trop sont en effet des malades inertes qui souffrent de sentiments d'incomplétude, tandis que les anorexiques sont d'ordinaire des malades remuants chez qui l'agitation dissimule la dépression et qui en raison de l'agitation même éprouvent peu

les sentiments d'incomplétude. On voit souvent des sujets, suivant la phase de leur maladie, présenter successivement les deux syndromes opposés.

La plupart de ces malades, surtout au début de leur maladie, à la suite d'excès alimentaires ou même indépendamment de ces désordres de l'alimentation présentent des troubles de la digestion gastro-intestinale. On constate chez eux des douleurs, des brûlures d'estomac, des régurgitations acides, des vomissements, des salivations excessives qui atteignent quelquefois des proportions invraisemblables, ou bien on observe de l'anorexie, du dégoût, des digestions lentes avec flatuosités, gonflement, stagnation des aliments, dilatation de l'estomac, clapotement, battements épigastriques, etc. Ces symptômes sont désignés suivant les cas par les mots, d'hyperacidité, d'hyperchlorhydrie, d'hypersthénie gastrique ou bien sous les noms d'insuffisance gastrique, d'hyposthénie gastrique, de fermentations stomacales, de ptoses gastro-intestinales, d'ailleurs ces divers symptômes se mêlent, se succèdent, alternent les uns avec les autres. Ils amènent souvent à leur suite des maladies graves de l'estomac.

Les troubles de la digestion stomacale, l'atonie de l'intestin, les ptoses du colon transverse, les coudures en rapport avec la ptose déterminent très souvent la constipation chronique. Dans une certaine d'observations on constate des troubles de la digestion intestinale qui sont bien connus depuis les travaux de Maurice de Langenhagen sous le nom *d'entérite mucomembraneuse*. Ces maladies gastro-intestinales qui accompagnent si souvent les troubles de la dépression mentale se développent dans les mêmes conditions que les troubles mentaux après des fatigués et des émotions.

La guérison de ces accidents viscéraux accompagne souvent la guérison complète de la névrose : beaucoup de nos malades n'ont plus d'entérite comme ils n'ont plus d'obsessions. Pendant les périodes de guérison momentanée que nous avons appelées des périodes d'excitation, les fonctions de l'estomac et de l'intestin se rétablissent aussi bien que celles de l'esprit.

Toutes ces observations faciles à multiplier ont inspiré une théorie que l'on pourrait appeler *la théorie gastro-intestinale des névroses*. Même sans considérer les cas extrêmes de délire de maigreur et de sitieirgie, on peut admettre qu'une alimentation insuffisante n'est pas sans influence sur le développement d'une maladie de faiblesse et d'hypotension. Inversement plusieurs auteurs ont étudié les mauvais effets de cette suralimentation très générale aujourd'hui, ils ont rattaché la neurasthénie à une alimentation excessive et surtout à une alimentation trop carnée.

On admet communément que des intoxications d'origine externe déterminent des troubles mentaux ; on a pu démontrer de même depuis longtemps que des intoxications d'origine interne jouent un rôle essentiel dans des psychoses particulières. Bien des auteurs suivant la direction indiquée autrefois par Bouchard dans ses discussions contre Charcot ont voulu étendre cette notion et considèrent la plupart des névroses comme des conséquences de l'auto-intoxication en rapport avec des troubles gastro-intestinaux.

Des conséquences thérapeutiques découlent de ces conceptions. Régler l'alimentation est souvent le premier devoir de la psychothérapie et il ne faut pas croire que ce soit facile, car il faut souvent faire appel à toutes les influences morales pour obtenir que de tels malades consentent à modifier pendant un certain temps leur alimentation et surtout la quantité de leurs aliments. Faire suivre les régimes de désintoxication et

quelquefois imposer des jeûnes est un véritable traitement psychothérapique. Il faut souvent dans les névroses appliquer tous les traitements des maladies de l'estomac et de l'intestin à des malades dont les symptômes principaux étaient en apparence des troubles psychologiques.

Les mêmes études ont été faites à propos des fonctions circulatoires et ont donné des résultats d'un grand intérêt. Les modifications de la vitesse du pouls sont bien connues chez les névropathes, les accélérations sont peut-être plus fréquentes que les ralentissements. Des modifications de la pression et surtout des modifications des fonctions vaso-motrices sont très fréquemment observées en même temps que des troubles psychologiques. Un grand nombre de ces malades présentent à tout instant des rougeurs ou des pâleurs de différentes régions de la peau et on peut constater en ces endroits des changements notables de la température périphérique. Chez plusieurs malades l'apparition de ces plaques et même une singulière disposition aux ecchymoses annonce les mauvaises périodes morales. Ces congestions ou ces anémies locales qui peuvent siéger sur différents organes peuvent déterminer des troubles de diverses fonctions.

Le phénomène des règles chez les femmes est à la fois en rapport avec la régulation de la circulation périphérique et avec le fonctionnement des glandes à sécrétion interne. Il est important de constater les troubles qu'il présente à peu près régulièrement au cours des névroses. Il est rare de rencontrer une femme atteinte sérieusement de névrose dépressive qui conserve des règles absolument normales.

Tous ces troubles de la circulation peuvent être résumés par l'expression dont se servait déjà M. Alquier : on constate chez ces malades un ensemble de troubles vaso-moteurs avec instabilité cardio-vasculaire. Il est même quelquefois possible de mettre ces troubles en évidence par certaines vérifications : la recherche de la réaction vaso-motrice après une pression sur la peau ou sur l'ongle, l'étude de la rougeur diffuse qui suit une impression vive sur un point de la peau, la constatation du dermographisme confirment l'importance de ce déséquilibre vaso-moteur.

Aussi est-il naturel que ces observations aient donné naissance à un second groupe de théories physiologiques des névroses. Le Dr Savill en particulier, dans son livre « Clinical lectures on neurasthenia », 1906, fait observer que de sérieuses modifications de fonctions peuvent se présenter sans modification de la structure de l'organe quand il y a insuffisance de la quantité de sang qui y coule et que cette quantité est réglée par les vaso-moteurs. Dans les attaques de nerfs, dit-il, il est probable qu'il y a anémie du cerveau en même temps que congestion de l'aire splanchnique. La plupart des névroses dépendent de troubles circulatoires de ce genre et peuvent être appelées justement névroses vaso-motrices ou angio-névroses.

Les études sur les glandes à sécrétion interne ont montré que des troubles psychologiques peuvent faire partie des symptômes déterminés par les altérations de ces glandes. D'autre part beaucoup de névropathes présentent des symptômes analogues à ceux qui sont observés dans les troubles de ces sécrétions : des symptômes d'hypo ou d'hyper-thyroïdisme accompagnent souvent les dépressions et les obsessions. Les modifications si intéressantes des névroses au cours de la grossesse peuvent être interprétées de la même manière par des transformations dans les sécrétions ovariennes et thyroïdiennes.

Puisque les névroses nous paraissent être des troubles dans l'évolution de l'individu, il est naturel de les rattacher à des modifications d'organes qui ont précisément pour rôle de régler l'évolution de l'organisme. MM. Léopold Lévy et de Rothschild qui ont spécialement étudié le corps thyroïde considèrent le neuro-arthritisme comme un déséquilibre thyroïdien. L'hérédité du tempérament arthritique serait une hérédité thyroïdienne : « le corps thyroïde peut être comparé à une source d'énergie capable de mettre en mouvement le système nerveux, mais qui ne saurait donner des qualités à ce moteur, » comme la névrose n'est pas une défectuosité dans le moteur lui-même, mais qu'elle consiste surtout en une diminution de tension dans l'activité du moteur, en une sorte d'hypofonctionnement, elle semble d'après ces auteurs devoir être considérée avant tout comme une insuffisance du corps thyroïde.

Ces dernières théories circulatoires et glandulaires des névroses me paraissent fort importantes et il n'est pas impossible que l'interprétation physiologique des névroses ne doive peu à peu s'orienter dans cette direction.

Enfin les recherches récentes sur le fonctionnement du sympathique indiquent de nouvelles directions d'étude : il n'est pas difficile de rapprocher de nombreux symptômes névropathiques de ceux que l'on observe tantôt chez les sujets considérés comme vagotoniques, tantôt chez les sympathico-toniques.

Sans doute ces interprétations et les traitements qui en dérivent sont le plus souvent déterminés par des études uniquement physiologiques. Mais quand ils sont proposés à propos de symptômes psychologiques et à propos des relations qui unissent les modifications de la conduite avec tel ou tel état des viscères ils se trouvent bien aux frontières de la psychothérapie.

2. - Les traitements par le repos

[Retour à la table des matières](#)

Si les traitements médicamenteux précédents ne sont qu'aux frontières de la psychothérapie et ne forment que des traitements indirects des troubles psychologiques, le traitement par le repos qui sort également des études physiologiques est au contraire une des médications les plus importantes de la psychothérapie.

Un instinct fondamental apprend aux animaux et à l'homme à supprimer certains troubles amenés par l'action en faisant une autre action particulière celle de se reposer. De même que la tendance à l'alimentation au début de son activation se présente 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 le repos complet. Des études physiologiques et médicales ont montré qu'un organe épuisé se restaure quand on arrête sa fonction et qu'il y a grand profit à traiter certaines maladies par le repos le plus complet possible de l'estomac ou du cœur.

Or bien des troubles névropathiques ressemblent à ceux de la fatigue : les symptômes observés sont fort analogues dans les deux cas. Les circonstances qui déterminent l'écllosion des névroses sont très souvent des excès de travail et d'efforts, qu'il s'agisse de travail physique ou de travail intellectuel. Sans doute beaucoup de troubles névropathiques semblent déterminés par des émotions plutôt que par des travaux excessifs. Mais l'analyse psychologique a montré qu'il y a également dans l'émotion une dépense excessive des forces et que par bien des caractères le phénomène de l'émotion n'est qu'une variété de la fatigue. D'autre part enfin bien des névropathes traduisent les sentiments qu'ils éprouvent en se déclarant épuisés de fatigue, en disant qu'ils sont très fatigués et que leur maladie n'a toujours été que de la fatigue. Pourquoi ne pas les croire et ne pas leur appliquer le traitement naturel de la fatigue, c'est-à-dire le repos.

Quelques médecins américains au milieu du siècle dernier ont essayé de formuler la thérapeutique qui découle de ces remarques. Samuel J. Jackson commença à organiser le traitement qui fut repris et précisé par Weir Mitchell et par Playfar en 1875. Ce traitement était en somme fort simple ; il consistait à mettre les malades dans la situation où nous nous mettons d'ordinaire 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 des 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 mêmes 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, tout cela nous étonne souvent un peu. Dans certains cas on élevait le poids des malades de 25 à 35 kilos en six semaines. Enfin pour pouvoir diriger mieux 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. Au milieu de notre vie active et inquiète, disait-on, 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 névroses était de se réfugier dans un sanatorium et d'appeler le Dr Diet et le Dr Quiet (le Dr Régime et le Dr Repos). Des sanatoriums se sont fondés très vite de tous les côtés pour mettre en pratique le traitement de Weir Mitchell et il fut de mode 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 répandre ; 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.

Un peu plus tard un traitement analogue fut appliqué aux troubles mentaux des aliénés. En 1897, Magnan compléta la réforme du « no restraint » et la suppression

de l'isolement cellulaire par l'application aux maladies mentales aiguës du traitement par le lit. « 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 mentales. »

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. Depuis longtemps les magnétiseurs avaient observé que le sommeil hypnotique, quand il est prolongé quelque temps, est à lui seul calmant et réparateur. Je me suis intéressé moi-même autrefois à ces hypnoses prolongées : 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 jours, et en 1896, à propos du traitement de l'hystérie j'ai publié le résultat de quelques expériences intéressantes sur ce procédé.

Mais c'est le Dr Wetterstrand (de Stockholm) qui en 1892 a tiré de ces anciennes observations un traitement systématique : il plongeait ses 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. Les résultats de ces traitements auraient été souvent des plus brillants : des attaques, des contractures, des délires et même, dit-il, de grands accès épileptiques auraient disparu définitivement. Malgré ces publications très peu d'auteurs se sont intéressés à cette question et ce genre de traitement ne semble pas s'être développé.

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 un peu étudier 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 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 ». C'est là un ouvrage très curieux au point de vue pratique, qui nous permet par ses exagérations mêmes de mieux comprendre la thérapeutique des névroses par le repos.

Cet auteur applique sans hésiter à 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. L'épuisement 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 : 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. « 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. Il faut prendre les mêmes précautions pour le repos cérébral car la lecture fatigue autant que la marche. 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-travail au-delà de laquelle c'est la faillite. 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. »

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 aujourd'hui une excellente expression de l'ancienne conception de Weir Mitchell.

La thérapeutique par le repos est certainement l'une des plus importantes méthodes de traitement, elle vient compléter l'ensemble des pratiques que l'on peut jusqu'à présent ranger dans la psychothérapie. Ces méthodes de traitement appliquées à diverses maladies ont essayé d'utiliser les influences morales les plus connues. Elles sont sorties peu à peu des pratiques religieuses et magiques qui cherchaient à obtenir des guérisons miraculeuses. Elles ont été transformées par l'influence des théories du magnétisme animal, des croyances religieuses et des connaissances scientifiques. Après avoir vu leurs principales sources historiques il nous faut étudier les principes sur lesquels ces diverses méthodes reposent afin de pouvoir apprécier leur véritable valeur.

La médecine psychologique

Deuxième partie

Les principes

[Retour à la table des matières](#)

Deuxième partie : Les principes

Chapitre 1

L'action morale

[Retour à la table des matières](#)

Tous ces traitements variés ont eu leur heure de célébrité : les temples d'Esculape et les sources miraculeuses ont attiré des foules immenses. A la mort de Mrs Eddy la « christian science » avait des églises dans toutes les villes d'Amérique et d'innombrables fidèles. L'hypnotisme parti de France s'est étendu pendant plus de vingt ans sur le monde entier et la psycho-analyse essaye aujourd'hui de l'imiter. Il est bien probable que ces étonnants succès sont déterminés par quelque valeur réelle de ces diverses thérapeutiques.

D'autre part il est facile de constater que ces diverses psychothérapies ont toutes une évolution bizarre : elles surgissent tout d'un coup, se présentent avec orgueil comme les seules médications puissantes et utiles, elles envahissent le monde avec l'allure d'une épidémie et puis graduellement ou tout à coup elles décroissent, tombent dans le ridicule et dans l'oubli. Ce fut la destinée du magnétisme, de l'hypnotisme, de la métallothérapie, de bien d'autres médications, ce sera probablement bientôt celle de la psycho-analyse. Jamais on ne voit ces thérapeutiques se fixer, se développer, se perfectionner, laisser des procédés et des résultats qui soient définitivement acquis par la science traditionnelle. La médecine officielle ne les accueille

jamais franchement, elle les tolère, quand il le faut, pendant leur période envahissante, mais à côté d'elle sans les reconnaître et à la moindre occasion, quand l'épidémie est en décroissance, elle se hâte de les accabler et de les supprimer. Ce qui ne les empêche pas de ressusciter quelques années après sous une autre forme.

Comment nous expliquer ces évolutions singulières, ces grandeurs et ces décadences périodiques ? Il doit y avoir dans ces doctrines des éléments de puissance et des éléments de faiblesse intimement mélangés qui n'ont pas encore pu se séparer les uns des autres. Pour reconnaître ces divers éléments et pour apprécier la valeur de ces diverses thérapeutiques il faut rechercher les principes de ces méthodes de traitement, les lois psychologiques sur lesquelles elles prétendent s'appuyer afin de voir s'il y a là une puissance réelle que l'on puisse utiliser.

En nous plaçant à ce point de vue nous diviserons ces méthodes en deux groupes fort différents. Certaines de ces méthodes sont peu précises et reposent sur une notion psychologique très vague, celle d'une action morale quelconque dont on ne cherche pas à déterminer la nature ; c'est là le caractère que nous retrouvons dans les traitements religieux par les miracles, dans la Christian science de Mrs Eddy, dans les méthodes de moralisation médicale analogues à celle de Dubois (de Berne). Les autres psychothérapies, l'hypnotisme par exemple ou le repos de Weir Mitchell, sont beaucoup plus précises et cherchent à utiliser un phénomène psychologique déterminé. Occupons-nous d'abord des premières, des psychothérapies générales afin d'apprécier l'efficacité de l'action morale.

1. - L'insuffisance des observations

[Retour à la table des matières](#)

Considérons d'abord les plus primitifs et les plus simples de ces traitements, les traitements miraculeux qui existent encore de nos jours. L'enthousiasme populaire n'est pas pour le médecin une preuve suffisante de la valeur d'un traitement et celui-ci désire contrôler avec plus de précision les résultats obtenus, or cela est fort difficile. La difficulté principale de l'étude des miracles ne consiste pas dans l'interprétation, elle consiste dans la constatation des faits. Comment savoir exactement ce qui s'est passé ?

La connaissance que nous avons de ces faits nous vient uniquement du témoignage et l'on sait combien le témoignage des hommes est une source de renseignement défectueuse. « C'est surtout quand il s'agit d'événements religieux ou politiques, disait M. Le Bon, que les déformations des témoignages sont dangereuses. Pendant des siècles des milliers d'individus ont vu le Diable et si le témoignage unanime de tant d'observateurs pouvait être considéré comme prouvant quelque chose, on pourrait dire que le Diable est le personnage dont l'existence est le mieux démontrée... En matière de témoignage c'est la bonne foi des individus qui est dangereuse et non leur mauvaise foi. »

On m'a dit souvent : « Pourquoi ne faites-vous pas vous-même cette critique, pourquoi ne vérifiez-vous pas vous-même les observations miraculeuses de Lourdes dont la lecture vous a paru intéressante ? » On ne se figure pas le temps et le travail qu'il faudrait dépenser pour écarter les supercheries, pour calmer les susceptibilités, pour contrôler un à un les témoignages, quelles haines et quelles rancunes il faudrait affronter pour arriver à se faire une idée juste des motifs qui ont déterminé les prétendus certificats : ce serait une œuvre énorme pour un résultat bien minime. On comprend que beaucoup d'observateurs consciencieux se dégoûtent d'un pareil travail et se bornent à la conclusion de Dubois (de Berne) : « Dans ces pèlerinages il y a un état mental spécial du bureau des constatations, Lourdes n'est pas loin de Tarascon... On en revient avec un sentiment pénible, écœurant de superstition ».

A propos de la « Christian science » les matériaux d'étude ne manquent pas, on est véritablement submergé par un déluge d'observations de guérisons merveilleuses, il y a là de quoi satisfaire les plus difficiles, pourquoi ne sommes-nous pas convaincus ? C'est parce que ces observations sont rédigées d'une manière inquiétante et ne contiennent rien de ce qui pourrait nous rassurer sur leur exactitude. Il s'agit toujours de pauvres malheureux qui depuis des années souffrent de tout leur corps, qui ont perdu tous les sens, dont tous les organes intérieurs sont déplacés et qui guérissent admirablement, parce que tout se remet en place. « Pour discuter des cas semblables, dit très bien un auteur anglais, il suffit de rappeler l'histoire de Mary Jolly qu'on lisait à la quatrième page des journaux : cette pauvre fille après avoir souffert le martyre pendant trente ans à la suite de la décomposition de ses sangs tournés a été guérie subitement quand elle eut mangé une excellente soupe à la Révalessière arabique ». Il s'agit là de diagnostics populaires que le malade fait lui-même d'après ses propres sensations et qu'il dicte à son guérisseur. Celui-ci admet d'autant mieux le diagnostic qu'il s'agit d'une maladie plus terrible dont la guérison lui fera plus d'honneur et le lecteur ne sait plus du tout ce que les mots employés signifient.

Ajoutez, comme l'ont montré bien des auteurs, que ces observations sont remplies de contradictions, que les médecins et les malades eux-mêmes ont bien souvent protesté contre la publication de guérisons fausses, que l'on a publié des cas où des malades déclarent avoir été traités pendant neuf ans sans parvenir à une amélioration malgré leur foi ardente et l'on comprendra qu'il est bien difficile de se faire une opinion raisonnée sur la « Christian science » avec les innombrables observations qu'elle a publiées.

La méthode de traitement des malades par la moralisation donne-t-elle beaucoup de bons résultats ? voilà la seule question importante pour le médecin. Cette question semble au premier abord assez facile à résoudre. Les faits se passent au grand jour, les diagnostics médicaux ne sont plus aussi rudimentaires que dans la « Christian science ». Plusieurs auteurs publient même des statistiques qui semblent très instructives.

Malheureusement cela n'est pas tout à fait exact et actuellement il ne me semble pas possible, ni de dresser des statistiques, ni de tenir le moindre compte des statistiques qui ont été publiées. Ni le nombre total des malades qui ont été traités, ni le nombre des guérisons obtenues n'ont aucune signification réelle. Le nombre total des malades n'aurait d'intérêt que si l'on comprenait dans ce nombre tous les malades qui se présentent, pourvu qu'ils appartiennent réellement à un groupe nosologique scientifiquement déterminé et qu'ils ne soient pas arbitrairement choisis. Or il s'agit là

de malades atteints de psycho-névrose, c'est-à-dire de maladies dont la définition précise n'a pas été donnée.

Ces auteurs considèrent leurs malades comme des névropathes parce que dans leur maladie les faits psychologiques jouent un rôle considérable. Cette réponse ne précise rien : l'homme étant un être pensant, des phénomènes psychologiques interviennent à peu près dans toutes les maladies, quand ce ne serait que sous la forme de douleur, d'inquiétudes, de désespoirs : j'ai déjà essayé de montrer que la définition des névroses par l'intervention des phénomènes psychologiques était tout à fait sans valeur ¹.

En réalité les moralisateurs se servent très peu de la définition précédente et ils définissent le plus souvent leurs malades par deux caractères qui sont uniquement négatifs. Pour eux les névropathes : 1° n'ont pas de lésions et 2° ne sont pas aliénés. Outre les inconvénients ordinaires des définitions purement négatives, celle-ci repose sur deux conceptions vagues et même inintelligibles. Comme je l'ai déjà expliqué plusieurs fois, je renonce à comprendre ce qu'on entend quand on parle de maladies sans lésions. D'autre part cette séparation radicale du névropathe et de l'aliéné qui est très fréquente même dans la pensée des médecins n'est pas scientifiquement admissible.

On pourrait d'abord s'étonner de voir refuser les bénéfices de la psychothérapie à ceux qui en ont le plus besoin et chez qui une méthode de traitement déterminée par des considérations psychologiques est le plus à sa place. Mais à mon avis il y a une considération plus importante qui domine tout le débat, c'est l'interprétation correcte du mot « aliéné ». Ce mot « aliéné » n'est pas un terme de la langue médicale ni même de la langue scientifique, c'est un terme du langage populaire ou mieux du langage de la police. Un aliéné est un individu qui est dangereux pour les autres ou pour lui-même sans être légalement responsable du danger qu'il crée. Cette définition ne porte pas sur les caractères intrinsèques de la maladie, mais sur un caractère extrinsèque et accidentel dépendant de la situation dans laquelle se trouve le malade. Il est impossible de dire que tel ou tel trouble défini par la médecine laisse toujours le malade inoffensif, et que tel autre le rend toujours légalement dangereux. Le danger créé par un malade dépend beaucoup plus des circonstances sociales dans lesquelles il est placé que de la nature de ses troubles psychologiques. Cette distinction entre l'aliéné et le non aliéné, nécessaire pour l'ordre des villes, ne change en réalité ni le diagnostic, ni le pronostic. La conception des psycho-névroses basée uniquement sur ces deux caractères reste donc des plus vagues et les malades auxquels on applique les traitements moralisateurs sont donc choisis à peu près arbitrairement.

Hélas ! au risque de passer pour bien sceptique, je dois dire qu'à mon avis il faut se défier des guérisons elles-mêmes. Beaucoup de ces malades se disent guéris pour ne plus avoir à payer la maison de santé qui est chère, pour reconquérir leur liberté et ne plus s'ennuyer derrière leurs rideaux, pour se débarrasser du médecin, ou pour lui faire plaisir ou tout simplement parce qu'ils désirent tant être guéris qu'ils finissent par le croire. « Cela importe peu, dira M. Dubois, car un névropathe qui se croit guéri est un névropathe guéri, puisque la névrose n'est que l'idée de la maladie. » Ce sont là des mots que l'on aime à répéter : il y a en réalité des névropathes qui se croient guéris et qui ne le sont pas. Ajoutons que la constatation de la guérison de tels malades ne peut jamais se faire rapidement et qu'il faut attendre un temps assez long,

¹ Les névroses, 1909, p. 378.

variable selon les cas, pour être à l'abri des oscillations fréquentes chez ces sujets et pour ne pas être exposé à une rechute qui n'est en réalité qu'une évolution de la maladie. Défiez-vous aussi des malades qui guérissent réellement, mais qui guérissent tout à fait indépendamment de votre traitement moralisateur, simplement parce qu'ils devraient guérir tout seuls dans un temps donné. On exagère beaucoup aujourd'hui le concept de la psychose dite maniaque-dépressive et on l'applique à tort et à travers; mais il n'en est pas moins vrai que certaines dépressions causées par une fatigue ou une émotion semblent devoir durer un temps déterminé et qu'elles guérissent fatalement au bout de ce temps. Heureux le médecin qui a été consulté peu de temps avant la fin de la crise ! Mais que l'on ne fasse pas trop état de ces cas dans les statistiques favorables à un traitement. En un mot les guérisons sont difficiles à constater, parce qu'on ne les a pas mieux définies que la maladie elle-même : chaque auteur les interprète à sa façon et les compte plus ou moins nombreuses selon qu'il est lui-même plus ou moins modeste. Dans ces conditions, pouvons-nous tirer un enseignement bien précis de toutes ces statistiques ?

Nous avons pris la « Christian science » et la moralisation médicale comme exemples, mais dans les autres thérapeutiques du même genre nous aurions rencontré des difficultés analogues. Il y a malheureusement dans ces psychothérapies trop générales et trop vagues un état d'enthousiasme, une disposition au prosélytisme et, il faut bien le dire, à la réclame qui altère le sens critique des observateurs. Il semble probable que c'est là une des raisons principales qui a provoqué la défiance contre les traitements médicaux présentés de cette manière.

2. - L'efficacité réelle des psychothérapies générales

[Retour à la table des matières](#)

Il ne faut pas exagérer cette mauvaise impression et ce serait une grosse erreur que de nier complètement la puissance de ces thérapeutiques morales générales.

Les recueils d'observations relatives à des miracles ne sont pas des ouvrages scientifiques et ne doivent pas être critiqués de la même manière. Il est très difficile d'apprécier la valeur de chaque fait en particulier et cependant il se dégage une certaine impression de vérité de l'ensemble. Il y a des cas où le calcul des probabilités peut nous donner une quasi-certitude pour un ensemble de faits, tandis qu'il ne peut rien nous affirmer pour chacun des faits considéré isolément. Je crois d'une manière générale qu'il y a des guérisons à Lourdes ; je crois encore qu'il y a eu beaucoup de guérisons au moment de la grande floraison du magnétisme animal. Bien des raisons nous donnent cette impression d'ensemble ; la plus importante c'est le succès même de ces pèlerinages et de ces pratiques magiques. Il n'y a pas de fumée sans feu et les peuples n'auraient pas conservé pendant des siècles les modes de traitements religieux et magiques si ces traitements n'avaient exercé aucune influence. La médecine scientifique, ou à peu près scientifique, a perfectionné et rendu un peu plus certains

les procédés de la médecine religieuse ou magique ; mais elle n'a fait que les continuer, elle n'aurait jamais pu naître si celles-ci ne s'étaient pas déjà imposées à l'humanité par leur utilité effective. Ajoutons à cette remarque générale que chacun de nous a d'ailleurs constaté quelques-unes de ces guérisons dites miraculeuses. Même à la Salpêtrière on a vu des malades guéris par l'imposition du Saint-Sacrement sur leur tête. Nous avons nous-mêmes guéri bien des malades par des procédés analogues à ceux du magnétisme. Les guérisons rapportées par les faiseurs de miracles suivent les mêmes lois que les guérisons opérées devant nous, ce qui les rend très vraisemblables. Charcot avait insisté sur ce point en étudiant les guérisons opérées sur la tombe du diacre Paris ; j'ai montré les mêmes faits à propos d'une observation recueillie dans les registres de guérison du Précieux Sang de Fécamp ; récemment M. Mangin faisait la même étude sur les guérisons de Lourdes.

Si nous considérons les traitements opérés par la « Christian science », une conclusion complètement négative serait, je crois, tout aussi peu raisonnable qu'une admiration enthousiaste. Beaucoup d'observations ne sont pas aussi ridicules que les précédentes et se présentent avec une certaine vraisemblance, nous n'avons pas le droit de les rejeter complètement. D'ailleurs nous avons nous-mêmes connu des personnes qui semblent avoir éprouvé un soulagement réel dans divers troubles névropathiques des pratiques de la « Christian science » : des ivrognes ont réellement cessé de boire, des morphinomanes ont renoncé à la morphine sans avoir besoin d'une cure d'isolement, des crises de dépression semblent avoir été arrêtées dans leur évolution. Nous sommes disposés à croire que ces guérisons auraient pu être obtenues autrement, c'est possible. Mais cela ne nous empêche pas de constater qu'elles ont été produites de cette manière. Il y a surtout un effet remarquable qu'il faut compter à l'actif de ces entretiens idéalistes, c'est leur influence sur les craintes chimériques, sur les précautions exagérées que tant de gens prennent pour conserver leur petite santé. « Être débarrassé de la crainte des fièvres, de la crainte des rhumes de cerveau, nous dit M. Mark Twain, être débarrassé de la crainte d'avoir mangé des choses horribles et d'avoir attrapé une indigestion, de la terreur d'avoir les pieds humides et de s'être mis en sueur, être toujours contents et gais, contented and happy, n'est-ce pas quelque chose et qui ne payerait pas pour cela ? » Enfin, comme nous avons déjà eu l'occasion de le remarquer à propos des miracles, un tel succès, bien plus considérable que celui de Lourdes, ne serait pas intelligible, s'il n'y avait pas dans les méthodes thérapeutiques du vieux guérisseur P. P. Quimby quelque influence bienfaisante et malgré toutes les critiques très nécessaires je suis convaincu que la « Christian science », en les exploitant, a apporté des notions utiles dont la thérapeutique morale doit profiter.

Dans les ouvrages qui traitent de la moralisation médicale, nous trouvons très souvent d'excellentes observations médicales et psychologiques. La plus grande partie de la médecine et surtout la psychiatrie en est encore à la période des observations individuelles : une bonne description d'un type pathologique bien compris vaut mieux que bien des théories et des classifications arbitraires et les auteurs précédents, aussi bien en Europe qu'en Amérique, ont très bien analysé un grand nombre de troubles névropathiques et ont montré avec précision leur transformation sous l'influence de ces traitements moraux. Des critiques, que je trouve sur ce point fort exagérées, soutiennent qu'il ne s'agit dans ces guérisons que de maladies insignifiantes « de ces petites hystériques anorexiques, de ces neurasthéniques sur-ménés, de ces phobiques légers ». Je ne suis pas de cet avis : nous ne savons jamais quelle gravité peut prendre une névrose qui débute et ces observations consciencieuses nous montrent des symptômes très nets que nous reconnaissons pour les avoir vus chez nos plus grands malades. Si cette névrose s'est montrée peu grave dans son évolution, il

est très vraisemblable que cela est dû au traitement par la moralisation. On peut relire à ce point de vue plusieurs observations dans l'ouvrage de M. Dubois, relatives à des malades déprimés présentant de l'astasia-abasie, des contractures ou des algies et diverses phobies, des obsessions, des hypocondries et qui véritablement semblent avoir été peu à peu transformés. L'observation de M. Y. (page 448) me frappe d'autant plus que je connais bien ce genre de malades constamment obsédés par l'idée de la fatigue et angoissés à la pensée du plus petit mouvement. Je n'interprète pas du tout ces malades de la même manière que M. Dubois; mais j'ai souvent essayé comme lui de les faire agir et je sais toute la difficulté de ce traitement, aussi je considère comme remarquables les résultats qu'il a obtenus.

Ces réflexions à propos des plus typiques parmi les méthodes de psychothérapie générale nous montrent qu'il serait tout à fait injuste et même absurde de nier d'une manière complète l'efficacité de ces thérapeutiques.

3. - Les interprétations inexactes

[Retour à la table des matières](#)

Ces conclusions générales ne sont d'ailleurs pas contestées sérieusement et personne ne nie que des influences psychologiques n'aient déterminé sur des malades dans des circonstances particulières des résultats excellents. Mais on se borne à accepter le fait sans lui accorder d'importance, sans admettre qu'il faille chercher à le reproduire, à l'utiliser. Sans doute la plupart des médecins font de la psychothérapie, mais ils la pratiquent sans le savoir ou, s'ils en ont une demi-conscience, ils préfèrent se mentir à eux-mêmes et se persuader qu'ils emploient des thérapeutiques entièrement physiologiques.

La raison de cet ostracisme est peut-être le caractère incertain et aléatoire de ces thérapeutiques. J'ai proposé d'admettre que les sources miraculeuses guérissent quelquefois, on m'accordera, je pense, sans discussion nouvelle, qu'elles échouent le plus souvent. Les malades qui ont été aux pèlerinages, qui ont imploré les Dieux avec les rites prescrits ou qui ont été magnétisés indéfiniment sans en ressentir aucun soulagement, se comptent par millions ; la proportion des guérisons par rapport aux insuccès est extrêmement petite. En outre nous n'avons aucun moyen de savoir d'avance si un individu a plus de chance qu'un autre d'être guéri par un miracle. Il en est de même pour les traitements par la « Christian science » ; pour les traitements par la moralisation, les médecins semblent avoir l'impression que les traitements psychologiques réussissent par hasard et qu'il s'agit d'une loterie.

Cette explication ne me semble pas suffisante : beaucoup de traitements médicaux ou d'opérations chirurgicales présentent surtout à leurs débuts le même caractère aléatoire ; on sait fort bien que ce caractère diminue, sans disparaître entièrement, à mesure que l'opération est faite avec plus de précision, et que l'on a mieux déterminé les indications du traitement. C'est là le caractère essentiel, les psychothérapies ne semblent jamais susceptibles de présenter cette précision, ni de donner ces indica-

tions. Leurs auteurs ne réussissent pas à indiquer exactement sur quelles lois ils s'appuient, ce qu'ils veulent obtenir, ce qu'ils redoutent. En un mot, les interprétations qu'ils présentent de leurs succès thérapeutiques sont toujours très vagues et souvent d'une fausseté évidente.

Les premières interprétations des guérisons miraculeuses ou magiques ne peuvent plus nous satisfaire. Pouvons-nous croire sérieusement que ces malades ont été guéris parce qu'ils ont dormi à côté de la statue d'Apollon ou parce que le magnétiseur leur a envoyé un fluide sortant de ses doigts sous la forme de flammèches bleues ? Suffit-il de nier le mal et de répéter que le corps n'existe pas, que « l'esprit est supérieur à un poisson, placé dans l'eau ou dans l'estomac » pour guérir les dyspepsies ? A-t-on apporté quelque preuve scientifique de l'action des aimants et des métaux sur le corps vivant ? N'a-t-on pas démontré au contraire que l'aimantation par un courant électrique, si elle est faite à l'insu du sujet, ne détermine aucune réaction ? Peut-on prendre au sérieux les constructions symboliques souvent grotesques qui donnent à tous les rêves une interprétation obscène et qui expliquent toutes les maladies par des métaphores sexuelles ?

Pour apprécier l'insuffisance des théories présentées par les psychothérapeutes, prenons comme exemple l'une des plus simples parmi les thérapeutiques, celle qui a paru avoir été accueillie le plus favorablement par les médecins, la moralisation médicale présentée par Dubois (de Berne) et soutenue par Déjerine. Sans doute sa haute valeur morale impose le respect, mais on ne peut dire que ses explications satisfassent l'intelligence. On se propose de guérir des malades en les instruisant et en les moralisant ; on admet qu'il suffit de leur apprendre la vérité médicale sur leur maladie et la vérité philosophique sur le monde, qu'il faut élever leur caractère, leur donner une belle conduite énergique et généreuse : ils seront guéris par surcroît.

Au point de vue moral c'est parfait, mais au point de vue médical est-ce bien intelligible ? Est-il donc bien certain qu'il faille savoir la vérité sur le mécanisme d'une maladie pour en guérir ? Combien d'hommes se sont rétablis de la rougeole ou de la fièvre typhoïde sans y comprendre absolument rien. Il n'en est pas de même, répondra-t-on, pour les troubles mentaux où l'idée qu'on a de la maladie influe sur la maladie elle-même. Rien n'est moins démontré, le psychiatre le plus compétent peut tomber dans une dépression grave et avoir des idées fixes, il ne s'en débarrassera pas mieux qu'un autre, même s'il en sait le mécanisme. Bien des malades atteints de mélancolie ont guéri tout seuls après trois mois sans aucune intelligence de leur trouble mental. Mais au moins est-il certain que les malades sont rassurés quand ils savent que leurs troubles est uniquement moral et qu'ils n'ont point de lésion organique ? Est-il certain que cette connaissance leur sera favorable ? Il n'est pas du tout certain que ce raisonnement suffise à lui seul pour les rassurer : bien des malades sont épouvantés à la pensée qu'ils ont des troubles mentaux et ils préféreraient avoir des troubles physiques et ensuite il va être très difficile de faire cette démonstration.

Vous voulez guérir les malades en leur apprenant la vérité sur leur maladie : mais quelle est cette vérité ? La connaissez-vous vous-même ? Dubois leur affirme que leur organisme ne présente aucune lésion, est-ce bien exact ? Il y a peut-être des lésions que vous ne connaissez pas encore, une maladie fonctionnelle s'accompagne de lésions au moins transitoires. Il soutient que tout l'épuisement des psychasténiques dépend simplement de « l'idée même de fatigue » et qu'il n'y a au-dessous aucun épuisement réel : je me permettrai de faire observer que je n'en suis pas du tout convaincu.. M. Dubois démontre à une jeune fille paralysée que sa paralysie dépend

uniquement d'une idée qu'elle a en tête. Je sais bien que c'est la mode aujourd'hui de dire que l'hystérique est malade parce qu'elle se met en tête d'être malade, ou parce que son médecin le lui a mis en tête ; c'est évidemment assez simple, mais est-ce bien la vérité ? il y a encore des gens qui en doutent. On pourrait le répéter indéfiniment : il n'y a pas une explication psychologique de M. Dubois qui ne soit très contestable et qu'un malade un peu averti ne puisse contredire.

Aussi ne se contente-t-on pas de cette prétendue vérité médicale, on se hâte d'enseigner au malade des vérités de philosophie générale et on choisit pour cet enseignement une forme de philosophie rationnelle résumée aujourd'hui dans les manuels du baccalauréat. Pourquoi cette philosophie-là, déjà un peu vieillotte, doit-elle suffire pour donner le calme et le bonheur à tous les esprits ? Autrefois Lucrèce a présenté dans des vers superbes le matérialisme d'Épicure comme la consolation suprême des esprits malades et des âmes inquiètes. Toutes les philosophies successivement ont prétendu jouer ce rôle, pourquoi choisir celle-ci comme une panacée ? Pourquoi déranger les convictions religieuses de celui-ci ou le matérialisme tranquille de celui-là ? Etes-vous bien sûr que votre manuel classique leur apportera plus de foi et plus d'espoir ?

Allons plus loin, les convictions ne sont rien sans les actes : c'est la conduite du malade qu'il faut réformer dans son ensemble. Il faut lui apprendre à vivre une vie qui mérite d'être vécue et pour y parvenir il faut lui enseigner une sorte de stoïcisme mitigé de charité chrétienne. Cette morale va transformer sa volonté dans son ensemble : ce changement profond de la moralité supprimera indirectement tous les accidents, car il est évident qu'une volonté parvenue à ce haut degré de supériorité ne permettra plus de telles défaillances.

Au point de vue théorique cela me semble superbe, au point de vue pratique cela me laisse inquiet. Sans doute il est toujours utile et juste de transformer un paresseux timoré en un travailleur courageux, un égoïste en un homme généreux et cette transformation doit avoir les plus heureux effets sur les symptômes pathologiques. Mais c'est là une bien grande œuvre qui ne me semble pas toujours possible et qui heureusement n'est pas toujours nécessaire. Est-ce là que le malade nous demande quand il vient nous prier de le débarrasser d'un tic, d'une insomnie, d'une douleur d'estomac ? Est-ce là notre rôle à nous autres simples médecins ; en avons-nous le temps et les moyens ? Il serait facile de démontrer que l'alliance entre le médecin et le prêtre telle qu'elle semble avoir été réalisée à Boston dans « l'Emmanuel movement », est bien peu raisonnable et qu'elle est malgré les apparences aussi fâcheuse pour le prêtre que pour le médecin ¹.

Tous ces enseignements semblent se rattacher à une très antique croyance qui faisait autrefois de la maladie un péché et une erreur. Dans les anciennes civilisations la maladie était un mal moral parce qu'elle rendait le malade inutile à la société et dangereux pour la contagion, on le tuait ou on le repoussait de la tribu. Les hommes ont longtemps conservé cette vieille idée et nous avons encore de la peine à nous défendre d'une répulsion contre les maladies infamantes. Plus tard les mœurs se sont adoucies ; le malade n'a plus été brutalement coupable, mais il a encore été légèrement coupable, comme on l'est quand on se trompe par insuffisance d'attention ou d'instruction préalable : la maladie est devenue une erreur. Cette idée domine dans la « Christian science » et les journaux scientistes écrivaient sérieusement que Mrs

¹ Les médications psychologiques, I, p. 120.

Eddy « a été dix jours dans l'erreur » quand elle mourait d'une pneumonie des vieillards. Dubois semble en être resté au même point, car à chaque instant il parle d'erreur et il traite en réalité ses malades comme s'ils étaient simplement dans le péché et dans l'erreur. La science médicale d'aujourd'hui ne peut évidemment plus se placer au même point de vue et il en résulte un sentiment perpétuel de malentendu quand nous lisons les admonestations de ces médecins moralisateurs.

On peut être étonné que nous ayons attribué aux diverses psychothérapies des guérisons remarquables et que nous trouvions cependant leurs interprétations si vagues et si peu raisonnables. Cela ne me paraît pas contradictoire : quand ils exposent leur système thérapeutique les auteurs essaient d'interpréter des faits d'observation qui sont leurs propres traitements et les résultats apparents. Les faits observés sont exacts, mais la théorie qu'ils en donnent est inexacte ou du moins fort incomplète. Ils ont réussi en fait à guérir certains malades, mais ils ne se rendent pas compte de ce qu'ils ont fait et ils attribuent leur succès à un détail qui a peut-être joué un rôle insignifiant. Leur mauvaise interprétation jette une ombre défavorable sur le traitement lui-même.

Il est facile de comprendre cette importance de l'interprétation scientifique des guérisons même réelles. La simple constatation d'un phénomène ne permet pas son utilisation : les applications scientifiques, les prévisions, les reproductions dépendent non de l'observation, mais de la connaissance de la loi, c'est-à-dire de l'interprétation. On peut obtenir des succès pratiques avec des procédés mal compris, mais on ne peut en aucune façon prévoir ces succès, ni les reproduire. On ne peut pas progresser en passant d'un cas à un autre, ni profiter de l'expérience, on se borne à compter sur des séries heureuses et si les séries sont trop mauvaises on se console en disant comme Dubois (de Berne) que c'est la faute des malades qui sont décidément trop aliénés.

Si nous ne pouvons pas progresser nous-mêmes sans interprétation correcte, à plus forte raison ne pouvons-nous pas enseigner aux autres. Comme votre succès dépend d'une foule de choses que vous ignorez et peut-être d'une foule de choses qui vous sont personnelles, de votre taille, de votre barbe ou de votre son de voix, vous ne savez pas ce qu'il faut enseigner aux élèves pour qu'ils réussissent de la même manière. Vous leur expliquez vos théories, c'est-à-dire la partie la plus insignifiante et la plus fautive de votre étude. S'ils essaient ensuite d'appliquer ce que vous leur avez enseigné en l'exagérant bien entendu et en supprimant l'essentiel que vous ne leur avez pas dit, ils seront simplement ridicules et ils discréditeront vos méthodes. C'est là la difficulté essentielle des psychothérapies. Les interprétations superficielles et inexactes ont arrêté l'évolution de procédés de traitement qui en eux-mêmes présentaient de la puissance et de l'utilité.

4. - La puissance de l'esprit

[Retour à la table des matières](#)

Cette insuffisance des explications tient à une chose que l'on ne soupçonnait guère au début, à la complexité des faits et des lois qui interviennent dans ces traitements et

dans ces guérisons. Il est facile de s'en rendre compte en jetant les yeux sur l'évolution des idées qui a fait naître la psychothérapie.

Le point de départ a été l'observation des guérisons miraculeuses ou magiques. Peu à peu on est arrivé à soupçonner que ces faits malgré leur apparence capricieuse n'échappaient pas à tout déterminisme. Charcot, dans son étude remarquable sur « la foi qui guérit¹ », a bien montré que ces guérisons miraculeuses se présentaient toujours dans des conditions à peu près semblables. Il est facile de retrouver dans les différents pays et dans les différentes époques de l'histoire les mêmes circonstances extérieures, le même personnel, les mêmes pratiques imposées aux malades. J'ai eu l'occasion de montrer que l'on retrouve les mêmes faits dans le magnétisme animal. Cette communauté de pratiques, disait Charcot, persistant au travers de tant de siècles et de tant de peuples différents a sans doute une grande signification. Elle prouve que le miracle n'est pas aussi arbitraire, aussi libre qu'on pourrait le croire et que, tout miracle qu'il est, il est soumis à des lois qui sont restées immuables. En réalité le miracle n'est pas plus arbitraire que la foudre ou que la lumière électrique que les anciens attribuaient aussi à des Dieux. « Il nous faut pénétrer le déterminisme de ces nouveaux faits, de ces phénomènes naturels qui se sont produits partout, il nous faut faire la science du miracle afin de le reproduire à notre gré. »

C'est fort bien, mais cette science est difficile à construire et elle s'édifie lentement. De bonne heure on a remarqué le rôle que jouent dans ce déterminisme les pensées et les sentiments des malades et on a soupçonné qu'il s'agissait d'une puissance particulière dépendant de l'esprit humain. Galien disait déjà : « Les temples d'Esculape nous fournissent la preuve que beaucoup de maladies graves peuvent guérir uniquement par la secousse qu'on donne à l'esprit ». Les pratiques qui ont été reconnues utiles pour la réalisation du miracle, les longs voyages en pèlerinage, l'attente prolongée, les récits merveilleux, l'exaltation religieuse, les séances publiques, l'émotion causée par le merveilleux et le terrible, etc. sont des causes certaines de grandes perturbations psychologiques. Enfin, plus récemment, les études sur un fait psychologique assez particulier, le phénomène de la suggestion, sont venues montrer que l'on pouvait dans certains cas par des procédés nettement psychologiques réaliser des faits très comparables à ceux que l'on observait dans les guérisons miraculeuses. De toutes ces remarques on a conclu que c'était dans le domaine de la psychologie qu'il fallait chercher le déterminisme des miracles et les moyens de produire plus régulièrement les mêmes effets.

Ces remarques ont amené un premier progrès : au début, l'opérateur, prêtre ou magicien ne se doutait pas plus que le malade de la nature des puissances que l'on essayait de mettre en œuvre. Plus tard l'opérateur au moins comprit qu'il utilisait des forces morales et se comporta en conséquence : on constate déjà cette évolution dans les interprétations de certains magnétiseurs. La notion du pouvoir de la pensée forme le fond de l'inspiration de P. P. Quimby, le maître de Mrs Eddy, elle domine dans les pratiques de la « Christian science » et dans beaucoup de psychothérapies du même genre.

Avec la moralisation médicale nous faisons un pas de plus : non seulement l'opérateur mais le malade lui-même se rend compte qu'il s'agit uniquement de la pensée, qu'on agit sur elle, qu'on cherche à la modifier et que l'on compte sur elle pour

¹ Charcot, La foi qui guérit, *Archives de neurologie*, 1893, 1, p. 74, La revue hebdomadaire, 3 décembre, 1893.

« guérir le corps par l'esprit ». Peu à peu la notion du rôle de la pensée dans la maladie et dans la santé s'est dégagée et s'est précisée. Le livre célèbre de Hack Tuke sur « le corps et l'esprit » exprime bien l'opinion à laquelle on était généralement parvenu. L'auteur est satisfait quand il a mis en évidence l'action d'un phénomène moral, quel qu'il soit, et il ne cherche guère à préciser davantage. On se borne à admettre d'une façon générale l'action de l'esprit et on la reconnaît puissante. Cette force une fois reconnue on veut l'utiliser immédiatement telle qu'on la conçoit, comme une force simple que l'on peut manœuvrer tout entière dans son ensemble.

Sans doute les diverses psychothérapies semblent préciser un peu plus et en apparence font appel à des phénomènes psychologiques différents. Les uns parlent de la foi, de la croyance, de la vérité : ils ont imaginé que la pensée puissante était la pensée vraie, la pensée philosophique et métaphysique et ils guérissent par l'idéalisme. Les autres parlent de la pensée logique et rationnelle, de la pensée bonne et ils guérissent par le raisonnement et par la morale. Ceux-ci soutiennent qu'il s'agit de la puissance de l'imagination, ceux-là de la force de « l'expectant attention ». Mais ces diverses dénominations ne correspondent pas à des phénomènes psychologiques différents : elles viennent au hasard sous la plume des auteurs suivant leur instruction, suivant les notions psychologiques vagues dont ils ont entendu parler. En réalité les psychothérapeutes emploient ces différents mots pour se distinguer les uns des autres, bien plus que pour distinguer les faits : ils veulent montrer qu'ils ont trouvé une méthode nouvelle de traitement, pour ravir la clientèle au prédécesseur. Mais ils font tous à peu près la même chose et essayent d'exploiter la force de l'esprit dans son ensemble simplement parce que c'est une force psychologique.

Il y a là une grande erreur : les phénomènes psychologiques qui interviennent sont en réalité fort complexes et différents les uns des autres. Il suffit de réfléchir aux influences qui agissent dans les guérisons miraculeuses pour le comprendre ; les études sur la suggestion ont montré que l'on pouvait dans certains cas reproduire par ce procédé des faits comparables aux précédents et on a voulu un moment tout expliquer par ce phénomène particulier. Les partisans de l'interprétation religieuse ont protesté et se sont efforcés de démontrer que toutes les guérisons miraculeuses ne pouvaient pas s'expliquer par la suggestion. La discussion a été souvent gâtée par leur ignorance complète de la nature de la suggestion. Mais peu importe, je leur accorderais volontiers qu'ils ont en partie raison et que tous les phénomènes psychologiques qui interviennent ici ne sont pas des suggestions. La foi religieuse, la foi à la science, même quand il s'agit de pseudo-religion et de pseudo-science avec tout ce qu'elles contiennent d'espérances démesurées et de tendances puissantes doit évidemment jouer un grand rôle. Le respect instinctif pour la richesse, pour la puissance a fait que les rois, comme les prêtres ont pu guérir des malades. Le voyage, la fatigue, l'étrangeté du milieu, le changement d'hygiène physique et morale, des chocs émotionnels de toute espèce, l'influence de l'opinion publique manifestée par la réputation du remède et l'action si puissante et si peu connue de la foule, tout cela a agi sur l'esprit des malades. Zola le dit très bien dans sa peinture de Lourdes : « Auto-suggestion, ébranlement préparé de longue main, entraînement du voyage, des prières, des cantiques, exaltation croissante et surtout le souffle guérisseur, la puissance inconnue qui se dégage des foules dans la crise aiguë de la foi ».

Parmi toutes ces influences je voudrais en signaler particulièrement une qui me paraît importante, quoique peu connue, et que nous retrouverons plus tard, c'est l'excitation nerveuse et mentale procurée à un individu par le rôle qu'on lui fait jouer. On commence seulement à comprendre que bien des maladies physiques aussi bien

que mentales sont déterminées par la dépression des forces nerveuses et que cette dépression est entretenue par toutes les tristesses, par toutes les inactions. Que de gens sont malades parce qu'ils n'ont rien à faire d'intéressant, parce que leur vie est vulgaire, plate et monotone, parce qu'ils n'ont pas d'espoir, pas d'ambition, pas de but dans la vie, parce que personne ne s'intéresse à eux et qu'ils n'envisagent pas le moyen d'intéresser jamais personne. Prenez un individu de ce genre et faites lui comprendre qu'il va être le miraculé de la Sainte Vierge, que la divinité toute puissante le choisit au milieu de milliers d'autres hommes pour lui faire une grâce particulière et bien visible, qu'il va porter en lui la preuve vivante de la vérité de la religion et servir au salut éternel d'un siècle impie. Prenez une petite femme qui s'ennuie, sans intérêt et sans rôle dans la vie, et faites lui comprendre qu'elle va devenir une somnambule extra-lucide, capable de traverser par la pensée le temps et l'espace, d'étonner les hommes et de les combler de bienfaits ; faites-lui comprendre qu'elle va collaborer avec un homme supérieur, à qui elle donnera son temps, sa vie, un peu de son amour pour qu'il fasse grâce à elle un livre merveilleux qui sauvera l'humanité. N'est-il pas évident que ces individus vont être transformés moralement et physiquement, sans qu'il soit nécessaire de faire appel à la puissance des Dieux ou à l'action du fluide. Voilà quelques-unes des influences psychologiques qui interviennent dans les miracles et il est bien probable qu'il y en a encore bien d'autres que nous ne savons pas analyser.

La même réflexion peut être faite à propos d'autres méthodes psychothérapeutiques ; dans les bons effets de la moralisation médicale le raisonnement logique dont parle Dubois (de Berne) doit avoir, nous l'avons vu, une bien petite part. Un grand nombre d'autres actions psychologiques interviennent puissamment. Il y a d'abord le voyage, le déplacement et dans d'autres cas la démarche singulière qui consiste à aller chercher une consultation médicale dans un temple. Il y a dans beaucoup de ces traitements l'isolement, le repos au lit, la discipline. Ajoutons d'autres influences morales, la menace par exemple et même la punition, car on enferme ces malades, on leur laisse entendre que leur isolement sera plus ou moins Ion 'a selon leur conduite, dans certains cas on les laisse s'ennuyer entre quatre rideaux et on leur refuse même un livre à lire ou un travail à faire, s'ils ne se modifient pas ou s'ils n'ont pas l'air de se modifier. Je ne critique pas le procédé, je fais seulement remarquer que ce n'est pas du pur raisonnement et qu'il y a là une autre influence que celle de la logique. Nous voyons encore des procédés purement éducatifs, comme la répétition monotone des mêmes choses au même moment de la journée, des exercices d'attention en faisant écouter tous les jours une petite leçon de philosophie, des excitations variées, car on fait comprendre au malade qu'on le juge intelligent, capable de ne se guider que par la raison ; on doit même chercher, comme Dubois le recommande justement, à exalter ses qualités, à relever le malade dans sa propre estime. Il y a encore l'exemple même du médecin qui paraît ferme et convaincu: ces malades douleurs qui n'ont jamais cru à rien doivent certainement être impressionnés en voyant un homme aussi convaincu de la philosophie de Leibniz. Il y a même de la suggestion dans ces traitements, malgré l'horreur qu'éprouve Dubois pour ce procédé : il est bien difficile d'éviter absolument le développement des phénomènes automatiques qui se produit dans l'esprit du malade à l'occasion de notre personne ou de notre parole. Cette thérapeutique n'est donc pas du tout, comme se le figurent ses théoriciens, purement rationnelle : elle fait appel à la raison et aux sentiments, et aux passions, et à l'automatisme, et à tout ce que l'on voudra. Elle cherche à utiliser tous les faits psychologiques pêle-mêle, simplement parce qu'ils sont psychologiques et qu'on a reconnu d'une manière générale la puissance de la pensée.

On peut rappeler à ce propos de ces psychothérapies générales le souvenir d'un vieux médicament qui a joué un grand rôle au Moyen Age, la thériaque. C'était un médicament universel que l'on pouvait employer dans tous les cas possibles, parce qu'on y faisait entrer par centaines toutes les substances actives que l'on connaissait. On faisait avaler le tout au patient dans l'espoir que la maladie, quelle qu'elle fût, saurait trouver dans ce mélange ce qui lui convenait. Les méthodes de thérapeutique que je viens d'étudier me semblent identiques à une sorte de thériaque psychologique, qui évoque pêle-mêle tous les phénomènes psychologiques, qui fait appel à toutes les opérations mentales chez tous les malades quels qu'ils soient, en espérant que chacun d'eux saura dans cet amalgame découvrir ce qui lui convient. Cela arrive quelquefois et les thériaques psychologiques ont eu certainement des succès. Mais il ne faut pas être étonné si elles ne réussissent pas toujours et si de pareils traitements sont considérés par la science officielle comme des loteries.

Ce caractère d'un certain nombre de psychothérapies ne leur est pas propre, il s'est présenté exactement le même à un certain moment de l'évolution de toutes les sciences : les médecins ont voulu se servir de l'électricité avant d'avoir distingué ses phénomènes et ses lois. Ils obtenaient de temps en temps quelques résultats, mais ils ne pouvaient rien prévoir et ils ne pouvaient pas enseigner les méthodes pratiques. La physique a dû analyser les phénomènes électriques et non décrire l'électricité en général sous des noms différents. La psychothérapie ne pourra se développer que si les psychologues découvrent dans les méthodes précédentes ou dans d'autres plus récentes des notions sur les forces de l'esprit plus précises et plus fécondes.

Deuxième partie : Les principes

Chapitre II

L'utilisation de l'automatisme

[Retour à la table des matières](#)

Le grand défaut de la moralisation c'est qu'elle est une thériaque qui essaye d'employer au hasard toutes les influences psychologiques à propos de n'importe quel trouble, pourvu qu'il soit vaguement névropathique : c'est là ce qui rend si difficile la constatation des guérisons, la vérification des expériences et l'enseignement de la doctrine. Nous devons rechercher si les autres psychothérapies ont toutes conservé le même caractère et en particulier si les études sur la suggestion ne nous ont pas fait connaître un principe psychologique plus précis qui permettrait des applications thérapeutiques un peu mieux déterminées.

1. - Le mécanisme de la suggestion

Dans mon petit livre sur « les névroses », 1909, qui fait partie de cette même collection, j'ai déjà étudié la suggestivité des hystériques, cette disposition à présenter d'une manière exagérée le phénomène de la suggestion, p. 297. Dans mon livre sur « les médications psychologiques », I, p. 137, j'ai consacré une longue étude aux observations et aux interprétations de ce phénomène, il suffit de résumer ici les conclusions de ces travaux.

Considérons quelques cas typiques de suggestion en choisissant les phénomènes les plus simples qui se présentent spontanément et accidentellement au cours des névroses avant d'étudier les suggestions expérimentales ou thérapeutiques qui sont les plus complexes et les plus susceptibles d'une fausse interprétation. Un jeune homme de 19 ans, Nof... entrainé de temps en temps dans certains états bizarres et quand il était ainsi troublé il devenait incapable de résister aux tendances que faisaient naître en lui certaines impressions. Ainsi, comme il le raconte lui-même et comme l'ont observé ses parents, il passa un jour pendant un de ces troubles devant une boutique de chapelier et se dit à lui-même: « Tiens, c'est une boutique de chapelier où on achète des chapeaux », et il acheta un chapeau dont il n'avait aucun besoin. Un autre jour, étant dans le même état, il passa devant la gare de Lyon et se dit : « C'est une gare de chemin de fer, on y entre pour y voyager », il entra dans la gare et lisant sur une affiche le nom de Marseille, il prit un billet pour Marseille, monta dans le train et ne put reprendre conscience de l'absurdité de ce voyage et descendre du train qu'à Mâcon.

Mye, jeune fille de 18 ans, a eu une grande dispute avec son père à propos de ses fiançailles, elle a parlé très haut et a crié fort longtemps, si bien qu'à la fin elle avait la voix rauque. Elle se plaint à sa mère en sanglotant que cette querelle l'a rendue malade, car elle a dû certainement se casser une corde vocale. Depuis ce moment elle est aphone et par moments complètement muette. La parole ne revient que la nuit pendant les rêves et quelquefois le jour, pour un court moment, quand elle se met de nouveau en colère ; mais dès qu'elle s'observe consciemment, elle ne peut plus articuler un mot à haute voix.

Le problème psychologique de la suggestion consiste à dégager de ces faits des caractères communs et essentiels. Un premier groupe de réponses présente une grande importance au point de vue historique, car il contient les opinions les plus répandues et à mon avis les plus fâcheuses qui ont le plus contribué à embrouiller ces études. Il s'agit des définitions de la suggestion qui dans les faits précédents ne relèvent qu'un seul caractère, le caractère psychologique ou moral du phénomène et qui refusent de rien préciser davantage. On peut placer cette conception sous le patronage de M. Bernheim, qui au moins dans ses premiers ouvrages, a cherché à donner au mot suggestion une étendue illimitée. Pour lui ce mot semblait un synonyme des anciens termes généraux « pensée, phénomène psychologique, fait de conscience ». Cette conception a pu être utile au début et a contribué à mettre en évidence le caractère psychologique du phénomène, mais si elle était conservée elle enlèverait tout intérêt aux traitements par la suggestion qui se confondraient alors avec les traitements précédents par une moralisation quelconque et ne nous apporteraient aucune indication plus précise. En réalité elle est fort inexacte : il est facile de montrer que ce mot a toujours été appliqué à un phénomène particulier et très précis. Il faut éliminer de même des définitions analogues qui confondent la suggestion avec l'incitation au sentiment, l'éveil de la pensée ou l'association des idées. Il ne faut pas non plus confondre la suggestion avec l'erreur ou avec l'émotion. La suggestion peut être accompagnée d'émotions, elle peut se développer à la suite d'émotions, mais elle ne doit pas être confondue avec l'émotion.

Dans mes premiers travaux sur la suggestion j'ai insisté sur deux points ; j'ai essayé de montrer d'abord qu'il fallait considérer ces phénomènes au seul point de vue de l'action et ensuite qu'il fallait considérer le caractère incomplet, inachevé de ces actions. Les sujets agissent toujours dans toutes les suggestions, même dans les suggestions dites négatives, où ils prennent certaines attitudes caractéristiques qui

sont encore des actions. Mais il est facile de voir même dans les observations que je viens de résumer combien ces actions sont défectueuses. Nof... achète un chapeau ou monte dans un chemin de fer comme il l'a déjà fait autrefois, mais il ne tient pas compte de ce détail important c'est qu'il n'a en ce moment aucun besoin d'acheter un chapeau ou de monter dans le train de Marseille : l'action manque tout à fait de précision et d'adaptation au présent. Cette maladresse nous frappe d'autant plus qu'elle n'est pas en rapport avec la conduite ordinaire du sujet ni avec son instruction ou son expérience passée. Nous sommes étonnés de la sottise de ces personnes et nous disons que c'est pousser bien loin la distraction. Les malades le remarquent comme nous, quand ils sont sortis de l'état bizarre qui a accompagné ces actions : « Comment ai-je pu faire de pareilles sottises, moi qui d'ordinaire suis si économe... Comment ai-je pu me figurer qu'en parlant à mon père dans une chambre je me suis cassé une corde vocale, je n'avais pas de sang dans la bouche et je ne souffrais pas du tout... » C'est à cause de cette maladresse caractéristique que les actes suggérés sont si souvent des erreurs. Les actes ne sont pas non plus d'accord avec les sentiments personnels du sujet : il est singulier de voir un individu accepter rapidement et affirmer avec conviction des choses qui sont en opposition avec le caractère, les goûts, les croyances que nous lui connaissions auparavant ; il est lui-même étonné de ce qu'il vient de faire et il ne peut croire qu'il soit en train d'accomplir ce qu'il refusait l'instant précédent. Enfin quand l'acte suggéré est terminé on observe souvent un fait que Beaunis a bien décrit l'un des premiers, c'est l'oubli de la suggestion et de son exécution. Ce sont ces observations qui m'avaient conduit à cette conception générale : « La suggestion est une réaction particulière à certaines perceptions, cette réaction consiste dans l'activation plus ou moins complète de la tendance évoquée, sans que cette activation soit complétée par la collaboration du reste de la personnalité. »

Dans mon dernier travail je crois avoir précisé un peu plus : Il s'agit toujours d'actions en rapport avec le langage, de ces liaisons entre le langage et l'action des membres qui caractérisent la volonté et la croyance et que l'on peut appeler des assentiments ¹. Mais il ne s'agit pas de l'assentiment réfléchi dans lequel la volonté et la croyance ne sont complètes qu'après une certaine période de délibération et de raisonnement. L'examen des motifs, l'évocation et la comparaison des autres tendances favorables ou défavorables sont très incomplets ou même font absolument défaut. On connaît ces individus incapables de soutenir une discussion, qui s'arrêtent tout d'un coup, soit en répétant avec colère leur propre opinion, soit en paraissant accepter complètement sans modification celle de l'adversaire. Il se passe quelque chose de semblable dans la discussion interne, le sujet abandonne tout d'un coup la délibération ou le raisonnement inachevé et donne son assentiment complet à l'une ou à l'autre des idées exprimées suivant la force que le hasard lui donne à ce moment. C'est un retour brusque à l'assentiment immédiat, mais après un début de réflexion qui reste inachevé.

Il y a en effet au-dessous de la réflexion une forme primitive de l'assentiment qui existe seule dans la pensée des primitifs, qui constitue encore aujourd'hui la seule activité volontaire de ceux que l'on appelle les débiles mentaux. Chez eux la tendance évoquée sous forme verbale lutte simplement contre les autres tendances éveillées au même moment par les circonstances et suivant son degré de force ou de tension l'emporte sur elles ou se laisse inhiber, c'est-à-dire drainer par elles. L'acte d'affirmation ou de négation vient simplement constater et certifier sa victoire ou sa défaite

¹ *Annuaire du Collège de France, Cours sur les tendances réalistes, 1913-14, sur les tendances rationnelles, 1914-15.*

sous une forme particulière : « on veut et on croit ce que l'on désire ». Toutes les influences qui dépendent des actions extérieures à ce moment, de l'autorité des personnes présentes, de l'expérience antérieure du sujet peuvent selon le hasard des circonstances jouer un rôle pour diriger l'assentiment dans tel ou tel sens. J'ai décrit des débiles de ce genre à qui on pouvait faire croire toutes les absurdités, car ils affirmaient ou niaient n'importe quoi suivant la poussée du moment, sans se soucier des difficultés ou des contradictions. Chez eux la volonté et la croyance n'existent que sous la forme de l'assentiment immédiat sans aucune réflexion.

Les individus suggestibles ne sont pas constamment des débiles : dans la plupart des circonstances de la vie ils utilisent la réflexion plus ou moins habilement : nous nous attendons à ce qu'ils agissent de même maintenant et les sujets s'y attendent eux-mêmes. Ce qu'il y a de caractéristique dans la suggestion c'est qu'à ce moment ils se conduisent tout autrement. Ils ont à propos de l'idée suggérée un début de réflexion, on note souvent un essai de délibération ou de raisonnement. Mais ces essais ne sont guère prolongés et n'aboutissent pas à une décision qui adopterait l'idée ou la rejetterait avec conscience complète. L'idée abandonnée à elle-même se développe indépendamment sous la forme d'un assentiment immédiat, elle prend la forme d'une impulsion. La suggestion se présente comme la provocation d'une impulsion à la place de la résolution réfléchie.

Comment une pareille transformation est-elle possible ? Je ne reprends pas ici l'étude des conditions de la suggestion que j'ai faite ailleurs et je laisse de côté les interprétations par l'hypertrophie d'une tendance, par la concentration de l'attention, par les exagérations de l'obéissance dont j'ai essayé de montrer les insuffisances. Il s'agit d'individus qui par leur constitution ou par le fait d'une maladie accidentelle ont une puissance de réflexion très faible, chez qui la réflexion est toujours lente, difficile et courte. Sous l'influence des circonstances variées qui déterminent des fatigues et des émotions, il y a chez eux une dépression momentanée qui les rend tout à fait incapables de réflexion et qui ne laisse plus subsister chez eux pendant quelque temps que l'assentiment immédiat, nous venons de voir au début de cette étude deux exemples de ces faits.

Ce qui est curieux, ce qui constitue la découverte essentielle faite par les magnétiseurs et les hypnotiseurs c'est que nous pouvons d'une manière artificielle, grâce à certains procédés qui reproduisent la fatigue et l'émotion amener expérimentalement cette dépression momentanée et l'utiliser pour faire naître les impulsions que nous désirons. L'idée que nous faisons pénétrer dans l'esprit au moment favorable, quand la puissance de réflexion est épuisée, devient l'objet d'un assentiment immédiat et se transforme en impulsion. C'est cette provocation expérimentale de l'impulsion qui est l'objet essentiel de toutes les études des hypnotiseurs.

2. - Les changements d'état psychologique

[Retour à la table des matières](#)

Les faits psychologiques auxquels se rattachent les pratiques de l'hypnotisme et l'explication même de l'hypnose sont évidemment moins simples. Nous aurons à revenir sur l'étude de l'hypnotisme à propos des oscillations de la tension ; mais une grande partie des faits constatés dans ces états dépendent de modifications analogues à celles que nous avons constatées dans les suggestions et se rattachent également à la détermination artificielle de conduites automatiques.

Les interprétations psychologiques de l'hypnotisme ont été très nombreuses et sont souvent fort contestables. L'état hypnotique n'est pas uniquement caractérisé par la suggestibilité, car il y a des hypnoses où la suggestibilité est au contraire diminuée et se montre moins grande que pendant la veille. Il n'est pas non plus simplement un état de sommeil car il présente souvent une activité très différente de celle du simple sommeil. Il est difficile d'éviter l'assimilation déjà faite par les anciens magnétiseurs entre les états hypnotiques et les somnambulismes. Je suis obligé de conserver l'opinion que j'exprimais autrefois que l'hypnotisme, quel que soit le procédé qui a permis de l'obtenir, rentre dans le groupe des somnambulismes, comme la suggestion rentre dans le groupe des impulsions.

Peut-on aller plus loin et se faire une idée générale du somnambulisme. Le somnambulisme est une modification de l'état mental d'un individu instable et cette modification consiste en changements très variés qui ne sont pas les mêmes chez tous les individus. J'ai noté autrefois des modifications dans les sensibilités prédominantes, dans la nature et le nombre des tendances qui peuvent être évoquées, dans l'étendue du champ de la conscience. Je crois maintenant qu'il faut y ajouter des changements importants de la tension psychologique : souvent elle est diminuée dans les hypnoses où l'attention et la volonté sont plus faibles que pendant la veille, où la suggestibilité est accrue ; quelquefois elle monte au contraire beaucoup et on obtient des états artificiels où la volonté personnelle est plus grande et où la suggestibilité a disparu. Il y a d'ailleurs dans de tels états bien d'autres changements que nous connaissons imparfaitement.

Mais cela n'est pas suffisant, car de tels changements surviennent incessamment au cours de notre vie et ne déterminent pas des somnambulismes. C'est que d'ordinaire ces changements sont petits, ou graduels, ou compensés par d'autres phénomènes et qu'ils n'altèrent pas la continuité de la mémoire personnelle. Quoique je sois maintenant fatigué et déprimé, je me souviens encore de ce que je faisais tout à l'heure quand je ne l'étais pas. Pour différentes raisons, dans lesquelles la suggestion même peut jouer un rôle, ces modifications de l'état mental sont accompagnées par une modification dans la continuité des souvenirs personnels et par l'apparition des mémoires alternantes. Le somnambulisme devient donc pour nous une transformation momentanée et passagère de l'état mental d'un individu capable de déterminer chez lui des dissociations de la mémoire personnelle.

La définition de l'hypnotisme en résulte tout naturellement. Il y a là un fait curieux constaté en somme pour la première fois par Puységur : par des procédés dont nous ne comprenons pas toujours bien l'action, nous sommes quelquefois capables de déterminer des transformations semblables sur certains individus, de les mettre en somnambulisme. L'hypnotisme qui est sorti graduellement de l'ancien magnétisme animal n'est pas autre chose que la production artificielle du somnambulisme. Il peut se définir : une transformation momentanée et passagère de l'état mental d'un individu, suffisante pour amener des dissociations de la mémoire personnelle et déterminée artificiellement par un autre homme.

La fatigue de l'attention, les épuisements par l'émotion jouent un rôle dans ces transformations artificielles. Certaines intoxications ont pu dans certains cas les préparer : l'éther, le chloroforme, le chlorure d'éthyle ont été employés pour produire le sommeil hypnotique avec des résultats intéressants. Ce sont là des expériences faites rarement qui mériteraient d'être reprises avec soin. Il y a là peut-être le point de départ d'un nouvel hypnotisme qui pourrait être indépendant de l'hystérie, tandis qu'il est aujourd'hui à peu près entièrement sous la dépendance de cette névrose ou si l'on veut de cette intoxication naturelle.

Le somnambulisme n'est pas seulement l'arrêt de la personnalité normale, il est aussi le développement d'autres tendances. Pour qu'il y ait hypnotisme, il faut qu'au moment de la dépression amenée par l'une des causes précédentes s'éveillent et se développent des tendances compatibles avec cet état, c'est-à-dire des tendances qui permettent au malade de se tenir tranquille dans son fauteuil, d'écouter son hypnotiseur, de causer avec lui, etc., en un mot de garder l'attitude d'un individu hypnotisé. Les séances précédentes, les somnambulismes qui sont survenus spontanément chez beaucoup de ces malades avant ces expériences, les crises de nerfs antérieures avec délire et bavardage, les idées répandues dans le public sur l'attitude des somnambules et en outre les suggestions de l'hypnotiseur déterminent justement l'éveil de ces tendances indispensables. Il y a là une éducation de sujet dont on s'est beaucoup moqué, mais qui est inévitable. Sans doute il est ridicule de dresser des sujets à vous tutoyer pendant l'hypnose, à garder des yeux terrifiés, ou à vous tenir la main en grattant constamment l'ongle du pouce ; mais ce sont là des exagérations d'une pratique excellente. L'hypnotisme est non seulement un état subconscient, mais c'est un état artificiel déterminé par l'hypnotiseur et jusqu'à un certain point à la disposition de l'hypnotiseur. Il faut donc que celui-ci donne au sujet pendant cet état les tendances et les attitudes dont il a besoin et ce ne serait pas la peine de provoquer cet état si le sujet devait y être aussi incommode que pendant la veille.

Il en résulte qu'il y a dans l'hypnotisme avec une complication plus grande quelque chose d'analogue à ce que nous avons vu dans la suggestion. Il y a un arrêt, une suspension de la conscience personnelle normale, une modification de cette tension particulière que nous considérons comme la veille et qui était en équilibre instable et en même temps un appel, une évocation d'autres tendances élémentaires dont l'activation va remplacer celle des tendances supprimées. C'est quelquefois une autre vie, un autre caractère, une autre mémoire qui est évoquée à la place de la conduite ordinaire ; pour déterminer l'hypnose on profite encore de la disposition de certains tendances à s'activer d'une manière automatique à propos de la moindre stimulation.

3. - Le fonctionnement automatique des tendances

[Retour à la table des matières](#)

Cette conception de la suggestion et de l'hypnotisme suppose plusieurs notions psychologiques importantes que les études des magnétiseurs et des hypnotiseurs ont contribué à préciser. Pour qu'une suggestion soit capable de déterminer une action, pour qu'une certaine pratique puisse reproduire un somnambulisme, il faut, comme on vient de le voir, que le sujet possède en lui une disposition à accomplir cette action que l'on peut appeler une tendance. La notion de tendance sortie peu à peu des anciennes études sur les instincts, les habitudes, les caractères, les facultés, précisée par les observations sur les actions réflexes a pris une grande importance dans les travaux de Ribot : elle joue aujourd'hui un rôle considérable dans l'interprétation des phénomènes psychologiques. La tendance est une disposition de l'organisme à produire une série de mouvements particuliers dans un ordre déterminé à la suite d'une certaine stimulation sur un point de la périphérie du corps. Un pincement sur la peau du bras détermine le retrait du bras, le contact du bol alimentaire sur le pharynx détermine la déglutition : ce sont là des tendances élémentaires ; dans les actes plus élevés interviennent des tendances beaucoup plus complexes mais qui restent soumises aux mêmes lois générales.

Un certain nombre de ces tendances sont primitives et sont inscrites dans l'organisme dès la naissance, beaucoup d'autres sont acquises au cours de la vie, car l'exécution de toute action laisse après elle une disposition à la reproduire, c'est-à-dire une nouvelle tendance. Notre conduite est le résultat du fonctionnement compliqué d'une multitude de tendances qui se construisent et se modifient constamment.

Non seulement les tendances présentent une disposition à effectuer une série de mouvements dans un ordre déterminé, mais encore elles doivent posséder une force capable de produire cette série de mouvements. Chaque tendance semble être un réservoir d'une certaine quantité de force en rapport avec la complexité et l'importance de l'acte qu'elle détermine. Quelques psychologues comme M. Mac Dougall ont soutenu que seules les tendances fondamentales et primitives renferment une charge de forces. Voici bien des années que j'accumule les observations pour montrer que toute tendance même la plus tardive et la plus petite possède une certaine charge sans laquelle on ne pourrait comprendre ni les suggestions de fonctionnement, ni les agitations par arrêt de cette tendance. Sans doute cette charge a pu être acquise au moment de la formation de la tendance secondaire en empruntant de la force aux tendances plus primitives, mais, la tendance nouvelle une fois constituée, cette charge lui reste attribuée d'une manière permanente.

Lorsque la tendance a été éveillée par une stimulation appropriée, son activation peut se faire par degrés qui donnent naissance à différents phénomènes psychologiques. C'est ainsi qu'apparaissent l'érection des tendances avec l'attention et l'intérêt, le désir dont les formes sont si variées, l'effort, la consommation, le triomphe, origine de la joie. Ces différents degrés n'apparaissent avec précision que dans l'activation

des tendances supérieures. La complication et la perfection de ces degrés d'activation dépendent de l'élévation de la tendance. Pour ne prendre qu'un exemple, le fonctionnement peut être explosif dans les tendances placées au bas de cette hiérarchie psychologique qui constituent les réflexes, il peut être suspensif dans des tendances un peu plus élevées qui après l'éveil peuvent se décharger en plusieurs temps et arrêter leur activation une ou plusieurs fois à différents stades ; l'inhibition des tendances les unes par les autres et surtout leur association, leur collaboration présentent également des degrés variés de perfectionnement suivant les degrés de cette hiérarchie.

Ces divers degrés de perfectionnement se présentent d'abord chez divers individus suivant leur évolution plus ou moins avancée ; mais ils se présentent aussi chez le même individu suivant le moment où on le considère. Les divers degrés de la tension psychologique correspondent aux diverses formes d'activation que peuvent prendre les tendances. L'activation d'une tendance après délibération réfléchie est un des stades les plus élevés du fonctionnement, tandis que l'activation après assentiment immédiat sans réflexion constitue un degré inférieur au précédent.

La provocation d'une impulsion qui constitue l'essentiel de la suggestion n'est en somme pas autre chose que l'activation d'une tendance sous une forme inférieure, avec un degré moindre de perfection à la place d'une activation de forme plus élevée. La reproduction d'une crise d'hystérie, d'un somnambulisme, de l'attitude que l'imagination populaire prête aux somnambules est également un phénomène du même genre. Si d'une manière générale nous appelons automatique l'activation d'une tendance inférieure qui échappe au contrôle des tendances supérieures et surtout la provocation d'un assentiment immédiat à la place d'un assentiment réfléchi on peut dire que l'essentiel de ces traitements est la provocation d'actions automatiques à la place des actions supérieures et réfléchies. Ce caractère de la suggestion se retrouve dans beaucoup de méthodes thérapeutiques où il se combine avec d'autres éléments. Il intervient dans les éducations, dans les aesthésiogénies, dans les directions morales. Les travaux sur la suggestion ont joué un rôle dans la découverte de lois psychologiques importantes et en outre ils ont commencé une application précise de ces lois psychologiques au traitement des malades.

4. - La puissance de l'automatisme

[Retour à la table des matières](#)

Il n'en est pas moins assez étrange que l'on tire un bénéfice de l'usage de ces méthodes. Comment la provocation d'une action sous une forme plus ancienne et plus élémentaire peut-elle rendre des services à des malades ?

On a cru au début que la suggestion avait un pouvoir considérable et en quelque sorte surhumain qui dépassait de beaucoup celui de la volonté normale : on la croyait capable de déterminer des métamorphoses physiologiques et psychologiques que la volonté normale n'était pas capable d'obtenir. Cette croyance fut le point de départ des études si prolongées sur les suggestions vésicantes et sur les suggestions crimi-

nelles. Les anciens magnétiseurs prétendaient pouvoir arrêter ou augmenter à volonté l'émission du sang des plaies ou des saignées et depuis on a signalé à bien des reprises les rougeurs, les enflures, les élévations locales de la température, les vésications, les chutes de verrues déterminés uniquement par suggestion hypnotique. La vérification exacte de ces faits, la découverte de leur déterminisme aurait un intérêt de premier ordre pour mettre en évidence le pouvoir de la suggestion. Malheureusement la science n'est pas parvenue à une conclusion nette sur aucun de ces points. Des observations curieuses, impressionnantes même, sont signalées de temps en temps, mais personne ne réussit à vérifier l'expérience sur un autre sujet et dans des conditions de contrôle irréprochable et il ne reste que le souvenir d'un fait étrange qui n'est pas entré dans le domaine de la science. Si de pareils phénomènes existent, il est probable qu'ils dépendent d'un état particulier de la circulation et de la peau analogue à celui que l'on observe dans le dermographisme et que la suggestion proprement dite n'y joue qu'un rôle accessoire.

Les suggestions dites criminelles nous présentent à propos de la conduite morale un problème analogue. On a prétendu que ces suggestions déterminaient rapidement des transformations terribles dans l'esprit et forçaient une personne à exécuter des actes qu'elle n'aurait jamais acceptés autrement. Ces expériences auraient mis en évidence d'une façon très nette la puissance extraordinaire de la suggestion. Les critiques n'ont pas tardé à répondre que ces expériences sur des crimes imaginaires ne signifiaient rien parce que les sujets se rendaient parfaitement compte de leur peu de sérieux et qu'ils n'auraient rien exécuté si les choses avaient été plus sérieuses ; ils concluaient en déclarant que les suggestions criminelles n'existaient pas. Ces deux conclusions ne semblent aussi fausses l'une que l'autre, faute d'analyse psychologique. Sans doute les expériences des magnétiseurs recommencées à Nancy sans aucune critique ne signifiaient pas grand'chose ; l'exécution d'une idée sous forme de jeu, de simulacre, de mensonge n'est qu'un commencement de réalisation et ne montre dans la tendance qui se développe ainsi qu'un faible degré de tension. C'est pour cela, comme on le sait, que les névrosés à tension psychologique faible se complaisent dans le mensonge, le simulacre, le jeu.

Mais on avait grand tort d'en conclure que dans d'autres conditions et chez certains sujets des actes criminels et dangereux ne pussent pas être déterminés par le mécanisme de la suggestion. Il suffit d'examiner la conduite, les actes réels des malades pour être convaincu qu'il y a des moments dans leur vie où des suggestions accidentelles ou même des suggestions volontairement malintentionnées déterminent des actes graves et des véritables crimes. Quand j'ai étudié ces faits j'ai rapporté des cas fort nets où des actes délictueux réels ont été déterminés de cette manière. Mais il faut pas raconter ces observations sans ajouter immédiatement qu'il s'agit là de grands malades, présentant toutes sortes d'accidents névropathiques, n'ayant aucune volonté personnelle et incapables de se diriger ou de résister. Le problème intéressant au point de vue médico-légal consiste à rechercher si chez ces malades-là la suggestion a été un procédé plus efficace et plus dangereux que les persuasions et les menaces ordinairement employées. Au point de vue psychologique il est évident que la suggestion n'est pas seule en jeu, que l'exécution du crime dépend du trouble de la volonté aussi bien que de la suggestion et que ces faits, si intéressants qu'ils soient, ne démontrent pas un pouvoir extraordinaire de la suggestion.

Bien des merveilles apparentes dans les suggestions de paralysie, de contracture ou de transformation du caractère sont des merveilles de l'hystérie bien plutôt que des effets de nos suggestions. En un mot la suggestion ne semble pas déterminer des actes

ou des modifications corporelles et mentales supérieures à celles que la volonté normale peut d'ordinaire réaliser. D'ailleurs cela n'a rien de surprenant, puisque la suggestion détermine simplement des volontés et des croyances sous une forme plus élémentaire sans les perfectionnements qu'y apporte la délibération réfléchie. Nous retrouvons simplement dans les actes suggérés les caractères de cette volonté élémentaire, des actes peut être plus violents, plus entêtés, des convictions plus fortes dans certains cas, mais en somme des volontés et des croyances qui restent du même genre. On a cru de même à des transformations merveilleuses réalisées par l'état hypnotique et on prêtait aux somnambules artificiels des puissances psychologiques extraordinaires. Nous avons dû renoncer à la plupart de ces illusions et constater que l'état hypnotique n'ajoute aucune puissance nouvelle supérieure à l'activité moyenne des hommes.

Il faut renoncer à demander à la suggestion ou à l'hypnose des actes qui dépassent le pouvoir de la volonté humaine normale ; mais est-ce bien de cela qu'il s'agit et ne pourrions-nous pas nous contenter d'actes qui dépassent simplement la volonté actuelle du malade. Les individus chez lesquels précisément la suggestion hypnotique a de l'action sont des névropathes déprimés présentant toutes sortes de troubles de la volonté et qui très souvent souffrent par impuissance d'agir. Ils ne savent pas commencer une action, ni la continuer, de là toutes leurs paralysies si variées, leur incapacité de marcher, de parler, de manger, de regarder, de dormir, etc. S'ils essayent d'exécuter ces actes ils éprouvent bien des troubles variés, des émotions, des angoisses, des tics, des agitations de mille espèces et ces troubles ne sont que des dérivations de leur activité incapable de parvenir à l'exécution complète de l'acte commencé. Dans d'autres cas ils ne peuvent pas arrêter un acte et ils souffrent d'impulsions résultant du développement involontaire de tendances éveillées autrefois et qui continuent à rester en action mal à propos ; de là des convulsions, des crises, des délires très variés. Ce n'est pas chez eux qu'il faut réclamer des actes d'une volonté surhumaine, ce serait déjà bien beau si on les aidait à faire les actes que la volonté humaine moyenne parvient aisément à accomplir : cela supprimerait déjà un grand nombre de leurs souffrances.

Sans doute la suggestion ne leur rendra pas la volonté absente : « De même que l'on ne peut pas suggérer à un individu d'être suggestible quand il ne l'est pas, on ne peut pas suggérer à un malade de ne plus être suggestible quand il l'est ; c'est par obéissance automatique qu'il fera semblant de vous désobéir et il n'aura pas reconquis le consentement volontaire pas plus que le premier ne l'aura perdu ¹. » Sans doute les actes ainsi déterminés seront des actes impulsifs et non des actes de la volonté réfléchie, ils ne seront pas aussi élevés moralement et le moraliste pourra dire avec indignation : « Ce ne sont pas là de vraies Actions, la guérison n'est pas volontaire, le malade ne s'alimente pas, on l'alimente... manger par suggestion hypnotique, ce n'est pas manger ». Quel enfantillage, les malades que l'on nourrit en leur enfonçant une sonde dans le nez mangent-ils mieux ? Ils engraisseront cependant et les malades nourris par suggestion en font autant : sans doute ce n'est pas une alimentation idéale, mais c'est une alimentation tout de même. Quand le malade aura repris des forces et qu'il pourra s'élever plus haut il pourra peut-être faire des actes plus élevés ; mais en attendant c'est un malade et il faut se contenter des actes qu'il peut faire.

Je reconnais mêmes que les actes ainsi exécutés ont des défauts réels : n'étant pas réfléchis ils sont moins bien adaptés à la réalité, à la situation présente ; ils sont moins

¹ *Automatisme psychologique, 1889, p. 169.*

bien assimilés à la personnalité, ils laissent peu de souvenirs et servent peu à l'édification de la personne. Mais quelques-uns de ces défauts sont atténués dans la suggestion médicale car l'acte n'est pas choisi par le sujet, mais par le médecin qui, lui, est capable d'une décision réfléchie. La suppression de l'assimilation personnelle pendant une période de maladie et de traitement n'a pas de grands inconvénients et peut quelquefois avoir des avantages.

D'ailleurs une remarque générale clot la discussion c'est que des actes automatiques accomplis de cette manière présentent cependant de grands avantages pour le malade. D'abord certains de ces actes ont des conséquences physiologiques qui sont en grande partie indépendantes de la façon dont l'acte aura été exécuté, nous venons de le remarquer à propos de l'alimentation, il en sera de même pour d'autres fonctions, pour la défécation, la mixtion, les fonctions génitales et même pour le sommeil et le réveil. On peut voir dans une de mes anciennes observations, celle de Marceline, comment dans certains cas on fait vivre artificiellement des malades en déterminant ainsi les fonctions d'une manière automatique ¹. Inversement, ces actes suggérés peuvent avoir une force inhibitrice et arrêter d'autres actions automatiques dangereuses que la volonté n'arrêtait pas. La suggestion de manger et de garder les aliments pourra arrêter des vomissements ; des suggestions de mouvement ou de respiration pourront arrêter des chorées et des troubles respiratoires. Rétablir une activité normale, c'est souvent supprimer un grand nombre d'accidents qui dépendaient d'agitations et de dérivations.

Une tendance qui ne s'active pas s'affaiblit, diminue et devient de plus en plus rebelle à la volonté. Les membres qui restent longtemps paralysés, même s'ils ne s'atrophient pas réellement par lésion nerveuse, maigrissent, présentent des refroidissements périphériques que je signalais déjà il y a longtemps et que l'on commence à admettre aujourd'hui. Des contractures persistantes donnent naissance à des rétractions, à des adhérences qui deviennent irréductibles. La réalisation même automatique du mouvement est excellente pour empêcher ces altérations de se produire. La fonction ainsi activée se conservera, deviendra plus facile à activer quand plus tard la volonté essaiera de s'y appliquer, car elle ne tardera pas à intervenir de nouveau.

Il y a dans cet exercice automatique de la fonction qui finit par être perçu par le sujet un élément qui est plus que toute autre chose capable d'augmenter la tension psychologique et de grandir le pouvoir de la volonté, c'est la constatation du succès. Tous les guérisseurs moralisateurs répètent sans cesse qu'il faut enlever de l'esprit du sujet l'idée qu'il est paralysé, qu'il faut lui donner la conviction du pouvoir et ils emploient les raisonnements les plus merveilleux pour y parvenir. Est-il pour le malade un seul de ces raisonnements qui vaille la constatation directe de son action devenue une réalité? J'ai rapporté il y a trente ans dans mon livre sur l'automatisme l'observation curieuse de Vg. : cette femme de 30 ans, après un séjour prolongé au lit présentait une paraplégie complète. Pendant qu'elle causait avec M. Piazecki qui me la présentait, je réussis à lui faire diverses suggestions par distraction, je parvins à la faire lever et marcher. Après un moment elle s'aperçut elle-même de son action et poussa un cri de joie en se voyant debout et marchant : « Je suis guérie ». La confiance étant revenue elle se mit à marcher volontairement. Y a-t-il une démonstration rationnelle qui puisse avoir une telle puissance ?

¹ *État mental des hystériques*, 2e édition, 1910, p. 545.

Cette réflexion peut s'appliquer à toutes les tendances que peut activer la suggestion. L'arrêt même automatique d'une foule d'angoisses, de sentiments désespérés qui sont, plus qu'on ne le croit, des conduites pathologiques et des délires, le développement même automatique des sentiments de confiance et d'espoir mettent l'esprit dans de bien meilleures conditions pour retrouver le calme et la force et il faudrait de bien beaux sermons pour obtenir une minime partie de ces résultats. Sans doute dans tous ces cas la suggestion n'a pas accompli des merveilles et elle n'a rien fait qui dépasse l'activité humaine normale ; mais elle a permis d'obtenir des opérations que la volonté défaillante du malade ne pouvait plus faire et grâce à ces opérations elle a préparé le relèvement de tout l'esprit.

La même étude peut être faite sur l'état hypnotique : s'il faut renoncer à lui demander aujourd'hui le développement de puissances merveilleuses et surhumaines ne peut-il pas rendre des services plus humbles ? D'abord l'hypnotisme, le somnambulisme provoqué est un changement de l'esprit, de l'état de conscience du malade. Il est même, par définition, un changement assez considérable, puisqu'il est caractérisé par une rupture dans la mémoire du sujet. Or un grand changement de ce genre au milieu de ces états névropathiques indéfiniment prolongés, quand l'esprit s'immobilise dans de dangereuses habitudes ne peut être que très utile. On le savait si bien autrefois que l'on cherchait à provoquer des attaques d'hystérie pour modifier un équilibre pathologique dangereux : l'hypnotisme arrive évidemment au même résultat avec moins de frais.

A un autre point de vue, l'hypnotisme étant un état différent de la veille, certaines tendances arrêtées pendant l'état normal peuvent s'activer de nouveau pendant l'hypnose. Ce changement a été utilisé de bien des manières, comme moyen de repos, comme moyen de restaurer des souvenirs perdus, comme procédé permettant d'augmenter la tension par des excitations plus grandes et surtout comme moyen de développer la suggestion.

Tous ces traitements qui dérivent de la suggestion hypnotique non seulement ne méritent pas d'être critiqués au point de vue moral, comme ils l'ont été, mais encore me semblent présenter une valeur scientifique intéressante. Ce sont des traitements psychologiques, comme la moralisation médicale, mais se sont des traitements psychologiques déjà plus précis et plus scientifiques. Il ne s'agit plus d'un appel involontaire et inconscient aux pouvoirs de la pensée comme dans les traitements miraculeux et dans la « Christian science ». Il ne s'agit plus d'une -utilisation vague de tous les faits psychologiques confondus dans une thériaque. Il s'agit d'une utilisation consciente et voulue d'un fait psychologique déterminé. Celui qui essaye de faire des suggestions ne se contente pas d'obtenir un fait moral quelconque, il cherche à déterminer un certain phénomène qu'il est peut être difficile de bien reconnaître en pratique, mais dont les caractères au moins en théorie sont assez précis et distincts de ceux d'autres phénomènes psychologiques. La suggestion hypnotique me paraît avoir été le premier traitement psychologique précis et elle aura préparé la découverte de tous les autres en nous dégagant des moralisations indéterminées. Son étude subit aujourd'hui une éclipse : il y a là un fait historique dont j'ai essayé ailleurs d'expliquer l'origine, et qui d'ailleurs s'est déjà produit plusieurs fois ; mais il est bien probable que cette étude réapparaîtra sous la même forme ou sous une forme voisine car elle contient le germe de thérapies importantes.

Deuxième partie : Les principes

Chapitre III

Les économies psychologiques

[Retour à la table des matières](#)

Les tentatives thérapeutiques constituent souvent de véritables expériences psychologiques et elles mettent en lumière des faits que l'observation seule n'avait pas discernés. Si les recherches sur les suggestions et les hypnotismes ont précisé la notion des tendances et celle de l'automatisme psychologique, d'autres thérapeutiques semblent avoir mis en évidence des notions importantes relatives aux forces psychologiques et à la dépense de ces forces.

1. - Le problème de l'épuisement

Les thérapeutiques de Weir Mitchell et de ceux qui l'ont imité reposaient sur l'assimilation des troubles névropathiques aux troubles déterminés par la fatigue. Beaucoup de ces malades ont un sentiment très net de fatigue et poussent souvent ce sentiment à l'extrême en le transformant en une grave obsession. N'est-il pas juste de les croire et d'accepter le traitement par le repos qu'ils réclament à grands cris d'une manière instinctive en le rendant seulement plus intelligent et plus complet ?

Sans doute il est juste de critiquer ici dès le début l'emploi du mot fatigue. La fatigue est en réalité une conduite normale et non un désordre de la santé : la fatigue n'est pas autre chose que la conduite de l'homme qui se repose et le sentiment de fatigue n'est pas autre chose qu'un certain stade d'activation de cette tendance, le désir de la conduite du repos. Aux différents stades de la hiérarchie psychologique il y aura des croyances immédiates à la fatigue, des certitudes réfléchies et des convictions systématiques de la fatigue. Ce sentiment de fatigue est loin d'être en proportion avec la diminution réelle des forces, il peut exister au plus haut degré chez des individus qui ont encore beaucoup de force, mais qui sont pusillanimes ; il peut disparaître chez des malades véritables qui ont cependant épuisé leurs réserves. En un mot, il y aura des obsessions et des délires de la fatigue, comme des délires de tristesse et des délires de joie. Quand il s'agit de troubles pathologiques il est beaucoup plus correct d'employer le mot « épuisement » pour désigner cet ensemble des troubles de la conduite déterminé par l'exécution, le prolongement ou la répétition des actions, troubles que la fatigue normale aurait dû éviter en amenant l'arrêt de l'action, mais que dans ces cas pathologiques elle n'a pas réussi à supprimer.

La notion d'épuisement d'une fonction est claire pour tous quand il s'agit d'une fonction physique dont on voit diminuer le rendement : on dira facilement que la fonction de la lactation s'épuise quand on voit diminuer le lait des nourrices. Mais on a beaucoup de peine à appliquer cette notion aux fonctions psychologiques, parce qu'on les considère encore trop comme spirituelles et dépourvues de quantité et parce qu'on ignore totalement la nature et l'origine des forces qu'elles mettent en oeuvre. L'étude des courants électriques n'aurait jamais pu être faite si on avait toujours refusé de considérer leurs effets, de noter leurs variations avant de connaître la nature des forces électriques. Nous devons avoir le courage de parler des forces psychologiques, de constater leur diminution, leur épuisement ou leur accroissement avant de savoir quelle est leur nature et de quel organe elles dépendent.

Toutes mes anciennes études sur l'hystérie, sur la psychasténie avaient pour objet de démontrer que les accidents les plus apparents, les délires, les idées fixes, les obsessions, les phobies dépendaient étroitement de troubles moins visibles, mais plus importants de la conduite. Les agitations, les interprétations délirantes, les sentiments d'incomplétude étaient rattachés à des insuffisances de telle ou telle fonction psychologique, plus ou moins élevée. Les malades ne pouvaient continuer ou répéter l'action sans éprouver des troubles, quelques-uns sentaient des souffrances dans divers organes, d'autres avaient des sentiments singuliers qui donnaient à l'action une apparence pénible ou même lugubre. Ils ne pouvaient arriver à aucune décision, à aucune conviction, à aucune croyance ; ils ne pouvaient rien conclure ni rien comprendre avec netteté. Ces troubles étaient nets dans les cas graves, plus atténués dans les cas plus légers et ne se manifestant qu'à propos des tendances les plus élevées, des actes les plus difficiles, mais ils existaient toujours au-dessous des délires et des phobies. D'ailleurs on pouvait mettre en évidence chez ces malades des insuffisances des mouvements, des troubles dans la force, la durée, la répétition des actes, des insuffisances de toutes les fonctions physiologiques. Tous ces symptômes pouvaient être résumés par la conception d'une insuffisance des forces psychologiques, quelle que soit la manière dont on interprétait la nature de ces forces et leur origine. La notion d'épuisement semble fournir une expression intéressante de ces insuffisances et pour de nombreux auteurs les névroses sont devenues des maladies par épuisement.

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 tout autre attitude. Il ne veut pas du tout prendre au sérieux ce langage : il se borne à 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 grande 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. »

Ces réflexions semblent justes, mais il ne faut pas en exagérer la portée : une obsession de fatigue ne prouve pas la réalité de l'épuisement, 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 l'épuisement 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 l'épuisement.

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 me semble précisément impossible dans les contradictions qui ont été signalées. M. 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 ; l'acte de marcher dans la rue n'est pas du tout le même pour un agoraphobe que l'acte de se promener dans un parc fermé et, si on analyse avec plus de soin la nature des actes observés, on verra s'évanouir le plus souvent ces apparences contradictoires.

De temps en temps, contraints par l'évidence des faits, ces auteurs veulent bien reconnaître le fait sur lequel j'insiste depuis longtemps c'est que des insuffisances psychologiques réelles se manifestent dans la conduite au-dessous des accidents apparents et que ces insuffisances ne dépendent pas des idées des malades ni de leurs auto-suggestions. Mais alors ils méconnaissent l'importance de ces troubles et ils les présentent comme des conséquences de l'émotivité plutôt que comme des manifestations de l'épuisement, ce qui soulève le problème psychologique intéressant de la comparaison de l'émotion et de l'épuisement.

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 légère dans lesquels il y a insuffisance et agitation. 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. La différence entre les deux états au point de vue des symptômes est donc très légère, si même elle existe.

Heureusement il y a un second point de vue auquel le bon sens se place d'ordinaire pour distinguer l'émotion et l'épuisement. Ce sont des états 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 ; l'épuisement 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 l'épuisement.

Sans aucun doute des troubles pathologiques à forme de dépression ont été très souvent une origine analogue à celle des émotions : ils commencent à propos d'une perception qui a été suivie d'actions très insuffisantes et mal adaptées. 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, qu'il s'agisse d'un travail physique ou d'un travail intellectuel : il m'a été facile d'en réunir un très grand nombre d'exemples. Dans d'autres cas encore plus démonstratifs, des névropathes dont l'équilibre a été rétabli par une cure de repos retombent gravement malades dans des circonstances analogues à celles qui déterminent seulement la fatigue chez les autres hommes. Toutes les actions un peu difficiles, un peu prolongées, quoiqu'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.

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 l'épuisement 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 d'épuisements.

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, l'individu fait des efforts pour agir, c'est-à-dire qu'il mobilise de grandes forces, il les dirige mal, sans doute il ne fait pas

L'action utile et semble même ne pas faire de mouvements utiles, mais il commence en réalité une foule d'actions qui dérivent immédiatement. Si je ne me trompe, 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 et de l'épuisement quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine.

2. - Les dépenses de l'esprit

[Retour à la table des matières](#)

Cette interprétation des troubles nerveux par un épuisement des forces qui interviennent dans les actes psychologiques est souvent compliquée par des malentendus. Le plus grave provient des deux langages différents qui sont employés successivement ou simultanément quand on parle des troubles de la conduite. Tantôt on emploie l'ancien langage psychologique et on dit: le malade est triste et inquiet, il s'effraye de toute action à accomplir, le moindre effort lui paraît une montagne à soulever, il n'a plus ni résolution, ni choix, il n'a plus de volonté, il est un aboulique. Ce langage d'ailleurs fort vague, semble avoir une signification morale et impliquer une certaine nuance de reproche : il laisse entendre que le malade, s'il le voulait bien, pourrait être autrement. Quand on emploie le langage physiologique ou pseudo-physiologique, on dit : « les fonctions qui président à la formation de la force nerveuse sont altérées, il y a diminution de la sécrétion de l'influx nerveux, ce malade a une faiblesse nerveuse, il est un asthénique. » Ce langage semble admettre qu'il y a là une lésion physique indépendante de l'esprit et que le malade n'y peut rien. Aussi les malades aiment-ils beaucoup mieux la seconde expression que la première.

En réalité ce ne sont là que des jeux de mots : la diminution de la volonté, c'est-à-dire la diminution d'une fonction supérieure qui demande de la force sous une grande tension ne peut pas exister sans une altération dans la tension nerveuse et probablement aussi dans la quantité des forces. Inversement, il ne peut y avoir faiblesse des fonctions nerveuses sans trouble des actions psychologiques qui les manifestent et sans altération de la volonté supérieure. D'ailleurs ces troubles nerveux ne peuvent aujourd'hui être constatés directement, ils ne sont connus que par l'interprétation du trouble des actions ; toutes ces expressions pseudo-physiologiques ne sont que des traductions mal faites des observations psychologiques. Nous retrouvons ici la même mauvaise plaisanterie qui a joué autrefois un certain rôle à propos des théories de l'hystérie. On faisait alors à peu de frais une théorie physiologique de l'hystérie en disant : « le centre de la mémoire est engourdi » au lieu de dire : « cette malade présente des oublis ». En réalité ces termes empruntés au langage de la conscience ou ces termes empruntés au langage de la physiologie sont à peu près équivalents et il serait bon de supprimer le malentendu en les supprimant les uns et les autres. On arrivera à décrire les troubles mentaux uniquement en termes d'action et de conduite. La psychologie du comportement si utile dans l'étude des animaux doit être appliquée

également à l'homme en exprimant même les phénomènes psychologiques supérieurs en termes de conduite.

Une autre difficulté provient de la complexité des conduites humaines : les troubles qui portent sur la puissance, le nombre, la durée des actions se rattachent assez bien à la notion de quantité et peuvent être décrits comme des diminutions de la force psychologique, comme des asthénies proprement dites. Les troubles qui portent sur la perfection psychologique des actions, qui suppriment les opérations supérieures en laissant leur force aux inférieures éveillent l'idée d'un trouble dans la tension psychologique. Mais il est aujourd'hui bien difficile d'abord de diagnostiquer nettement ces deux catégories de troubles et ensuite d'indiquer les lois qui règlent les relations de la quantité et de la tension psychologiques. Ce sont ces difficultés et ces malentendus qui ont retardé l'étude d'un problème capital, celui du budget de l'esprit, l'étude des dépenses et des recettes psychologiques et de leur équilibre.

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 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 Lins 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 chez le névropathe déterminent une dépression plus grande ?

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 nocces, 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.

J'ai essayé d'énumérer les événements de la vie qui ont été l'occasion de troubles névropathiques chez un grand nombre de malades ¹. J'ai étudié à ce propos les premières communions, les exercices qui déterminent des émotions religieuses, l'entrée

¹ Les médications psychologiques, II, p. 42.

dans la vie sociale, les salons, les écoles, les examens : « 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, 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 ». 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, 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 changements de vie, les voyages, l'organisation même des vacances sont souvent des causes d'épuisement. Le travail, le métier nécessaire pour gagner sa vie exige chez presque tous une grande dépense de force. La vie de famille, l'adaptation réciproque des personnes qui vivent ensemble dans une même maison est analogue aux adaptations professionnelles et je crois que cette adaptation et ses insuffisances sont de la plus grande importance en médecine mentale.

Les difficultés et les dépenses sont bien plus graves quand il y a un changement quelconque dans la vie ordinaire. A plus forte raison, les dangers, les luttes de toute espèce dans la famille, dans le milieu professionnel amènent-ils les bouleversements les plus graves. La mort des parents est l'occasion de bien des maladies de l'esprit. Cette mort en effet, transforme le milieu dans lequel le sujet vivait, elle exige impérieusement de nouvelles adaptations et ce sont les désordres que ce travail détermine que nous appelons « l'émotion de la mort des parents ».

Les amours, les fiançailles, les mariages exigent des actes particuliers qui ajoutent leurs dépenses aux précédentes. Il ne s'agit pas seulement de l'acte génital, il faut tenir compte aussi d'un acte d'adaptation à la vie de ménage que l'on n'a pas l'habitude d'étudier suffisamment et qui est aussi important que le premier. L'effort d'adaptation au caractère du conjoint, l'organisation d'un certain degré d'intimité et la fatigue qui en résulte me paraît être le point de départ de ces troubles aussi fréquents que singuliers que l'on observe si souvent dans les débuts de la vie de ménage chez les jeunes mariés.

Si les unions rendent malade, il ne faut pas croire que les séparations aient lieu sans accidents. Les infidélités, les partages d'affection, les amours secrètes amènent bien des complications, des difficultés, des hésitations et à leur suite bien des troubles nerveux.

L'éducation des enfants est une grande source d'efforts, d'émotions et de fatigues. 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 propose 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 et qu'à chaque montée pénible la voiture accroche et que se manifestent les insuffisances et les défaillances du pauvre voyageur.

Dans tous les cas les épuisements ne sont pas simplement le résultat des grandes dépenses de mouvements. Les mouvements simples, même quand ils sont répétés, déterminent rarement des épuisements et les déprimés n'ont pas toujours perdu la force physique des mouvements. Nous trouverons plutôt le point de départ de ces épuisements en considérant le travail d'adaptation et la nature des actes qui sont demandés au sujet par la situation nouvelle dans laquelle il est placé.

La complexité des situations intervient plus souvent qu'on ne le pense, on le note même dans de petits détails. Bien des névropathes épuisés peuvent suivre une conversation, s'ils sont seuls avec l'interlocuteur ; ils sont troublés et deviennent malades s'il y a plusieurs personnes présentes qui parlent à la fois. D'autres ne peuvent parler pendant qu'ils mangent ou pendant qu'ils marchent : ils sont troublés par une voiture qui passe pendant qu'ils marchent, par le plus petit événement qui complique leur action.

Un autre fait qui joue un rôle important c'est la rapidité de l'action : les déménagements, les pertes d'argent, les changements de situation sont d'autant plus dangereux qu'ils sont plus rapides. Mais pourquoi un acte rapide détermine-t-il de l'épuisement plutôt qu'un acte lent ? N'est-il pas le même ? Il est probable que non puisque les résultats sont si différents. 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 défense 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.

Ce qui me semble jouer le rôle le plus considérable, c'est la durée, la prolongation de l'action, c'est ce qui fait le danger d'une action particulièrement importante, l'attente. L'attente est en effet d'une action prolongée : pour attendre il faut maintenir en état de préparation d'érection une certaine tendance et il faut en même temps inhiber l'activation de cette tendance, car l'acte ne peut pas encore être exécuté complètement. Ce travail est toujours complexe, difficile. Je ne serais pas éloigné de dire qu'une action prolongée, de longue portée dans l'avenir est nécessairement une action supérieure de haute tension. La tension psychologique est en rapport avec le temps et la portée dans l'avenir ; demander une action de longue durée, c'est exiger un acte élevé et coûteux.

Qu'il s'agisse de complexité, de rapidité, de durée, nous voyons toujours que la difficulté principale de l'action consiste dans l'activation des tendances supérieures. Il est facile de voir dans nos observations que ce sont en effet des actes de ce genre qui ont présenté des difficultés et des dangers. 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. Toutes ces circonstances réclament et éveillent le fonctionnement de l'assentiment réfléchi qui est justement une de ces opérations supérieures.

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 recommencent de la même manière, indéfiniment accrochés au même problème. Nous avons vu bien des observations de ces ruminations qui cherchent un assentiment réfléchi sans y parvenir jamais, de ces travaux herculéens qui poussent contre un mur sans aboutir à rien.

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. 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 la fatigue pathologique, 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, qu'ils soient accomplis complètement ou incomplètement est capable bien plus encore que celui des actions précédentes de déterminer des épuisements et des dépressions.

3. - L'économie par la peur de l'action et le repos complet

[Retour à la table des matières](#)

Ces conceptions de l'épuisement dans les névroses entraînent nécessairement à leur suite des précautions et des traitements particuliers.

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

Les maladies mentales ne sont pas toujours des choses fatales dont on porte le germe en soi et que l'on ne peut éviter. Elles dépendent en grande partie de la vie que mène le sujet et de la situation dans laquelle il est placé. Bien des personnes ont reçu par hérédité une constitution mentale très faible et auraient succombé si la destinée ne leur avait pas ménagé une vie tranquille et facile. 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 maîtresse, 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.

Quand ces précautions qui ont pour but l'économie de l'action deviennent encore plus grandes elles déterminent des symptômes qui ont un aspect pathologique. Un grand nombre de phobies semblent porter sur certains objets ou sur certaines situations ; les malades semblent avoir peur d'un couteau, d'une plume, d'un appareil télégraphique ou de la rougeur de leur visage. Ce n'est qu'une apparence car là phobie porte toujours en réalité sur un acte et le malade a peur de reprendre les outils de sa profession ou de se montrer en public. Les phobies de la fatigue nous présentent une répulsion plus générale pour toute action. Il est bien probable que beaucoup de ces

phobies ont leur point de départ dans la constatation du danger que présente pour le malade déprimé le travail ou la décision réfléchie, c'est-à-dire l'activation des tendances supérieures.

La renonciation à telle ou telle activité, aux pratiques religieuses, aux beaux-arts, aux études, aux sentiments de l'amour que l'on observe si nettement chez certains psychasténiques sont des actes d'économie qui résultent du sentiment exact de la pauvreté. Les manies de liquidation qui sont souvent fort curieuses déterminent des ruptures brusques, des abandons d'une situation, des sacrifices inconsidérés. Les malades sont envahis par la terreur folle d'une situation dans laquelle ils se trouvent et dans laquelle quelquefois ils viennent de se mettre eux-mêmes. Ils ne pensent plus qu'à une chose c'est à se débarrasser de cette situation, à n'importe quel prix. Dans l'ordre moral, ce phénomène est l'équivalent de la fugue, si fréquent chez les névropathes de toute espèce, de cette impulsion qui les pousse « à partir d'ici tout de suite, pour aller n'importe où, pourvu que l'on ne soit plus ici. »

Certains sentiments que les malades éprouvent à propos de leurs actions sont du même genre : Les uns ont au plus haut degré le sentiment du sacrilège : « J'insulte ma mère si je mange comme vous le demandez... je torture mon père dans son tombeau, je marche sur son cadavre si j'avance dans cette allée... » A un degré moins grave les actes paraissent seulement laids, sales, vulgaires : « Dès que j'avance la main vers un objet celui-ci paraît laid, mes mouvements sont gauches et ridicules... les fleurs se fanent si je les regarde... je ne puis désirer une chose sans qu'elle devienne répugnante au même moment... » Enfin une forme plus répandue de ce sentiment est la pensée catastrophique : « Si je pense à louer un appartement dans cette maison il me semble que la porte belle et monumentale sera très convenable pour y placer le cercueil de ma femme... Si vous me faites attendre la visite de ma mère, je vais me représenter qu'elle vient en grand deuil à cause de la mort de mon père, de mes frères, de toute la famille... Si je mets cette chemise neuve, des puissances occultes vont amener des cataclysmes dans tout Paris. » ¹

Ces singulières représentations de l'action ont un rapport étroit avec les manies de perfectionnement, de recommencement si fréquentes chez les névropathes. S'ils ne sont pas amenés à supprimer complètement l'action, comme dans la forme précédente, du moins sont-ils conduits à faire des efforts pour transformer cette action, la rendre moins laide et plus morale : c'est là une des origines les plus importantes des manies de scrupule. Dans les cas extrêmes l'effort pour transformer l'action répugnante détermine une tendance à s'en écarter et une impulsion au moins apparente vers l'acte opposé. Des malades font de vains efforts pour arriver à une conduite pudique qui les satisfasse sentant en elles-mêmes des impulsions épouvantables vers les pires obscénités. On se souvient du vieux mystique Bunyan qui, au moment de faire ses prières, était forcé de tenir sa mâchoire à deux mains, pour que la bouche ne s'ouvrit pas et ne hurlât pas des blasphèmes.

Tous ces phénomènes se rattachent à la peur de l'action qui dépend d'un trouble dans la force et la tension de notre activité à ce moment. Dans une activité normale l'énergie mobilisée pour activer la tendance est suffisante et même surabondante. Après la consommation de l'action, les forces inemployées dérivent vers les autres tendances et jouent un rôle important dans la gaîté, la joie qui couronne l'acte. C'est cette répartition des forces mobilisées d'une manière surabondante qui constitue le

¹ The fear of action. Journal of abnormal psychology, juin 1921, p. 150.

triomphe après l'acte, l'intérêt et le désir avant la consommation. Si les forces mises à la disposition de la tendance sont diminuées au point d'être juste suffisantes pour les frais de l'action, la disparition de ce superflu et de cette gratification supprime le triomphe, l'intérêt et le désir et rend l'exécution de l'acte indifférente. Si les forces à la disposition d'une tendance donnée sont franchement insuffisantes, l'acte est exécuté avec parcimonie, avec une sorte d'avarice ; les degrés supérieurs de l'action ne sont plus atteints et l'acte perd les caractères que lui donnaient la réflexion ou les tendances énergiques. Pour un homme accoutumé aux formes supérieures de l'activité un acte de ce genre est aussi désagréable que de coucher sur la terre nue quand on est habitué à un bon lit. Un acte qui a perdu les caractères de l'acte réfléchi paraît dépourvu de tout ce qui constituait sa sécurité : c'est comme si on nous demandait de marcher sur un sentier dangereux avec les yeux fermés. Bien plus, cet acte nous paraît épuiser nos dernières ressources, il nous révèle notre misère et éveille la pensée de la banqueroute morale : c'est là ce qui provoque toutes ces réactions de recul et de terreur.

Sans doute ces sentiments et ces phobies ne sont pas toujours bien corrects et le rôle du médecin est précisément de comprendre ces réactions de défense, 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 sont exagérées et dangereuses. Quand on se trouve en présence d'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 sans terreur commencer un acte de sa profession, il est nécessaire de faire une analyse psychologique. S'agit-il d'une peur de l'acte déterminée par association d'idées, par interprétation, par extension d'une obsession ou d'un délire, ou s'agit-il d'une précaution légitime contre un acte difficile qui détermine des épuisements dangereux ? C'est là un diagnostic délicat qui doit être fait dans chaque cas particulier et pour lequel il est difficile de donner ici des règles générales. Si le diagnostic montre que ces peurs de l'action sont en rapport avec un épuisement réel, il est évident qu'il faut suivre en la modifiant sans doute l'indication donnée par le malade et chercher avec lui à organiser l'économie de ses forces psychologiques insuffisantes.

Les médecins qui, à la suite de Weir Mitchell, ont voulu organiser les traitements par le repos ont cherché à systématiser cette économie des forces. Le repos au lit semble une solution radicale du problème : le malade semble 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 ses 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 méthode inverse du mépris absolu de la fatigue et des dépenses imprudentes. La plupart des névropathes, qu'ils aient ou non des obsessions de fatigue et des phobies de l'action sont des épuisés près de la faillite, on leur rendra presque toujours service en leur imposant de cette manière le repos et l'économie des forces. Je crois même qu'en pratique, quand il s'agit d'un malade assez gravement atteint dont l'analyse psychologique est encore incomplète et chez qui on ne discerne pas bien le mécanisme de l'épuisement, il est presque toujours bon de l'immobiliser au lit pendant un certain temps. Le repos au lit sera certainement utile de toutes manières et permettra de mieux éclaircir la situation psychologique. Dans un grand nombre d'observations nous constatons le bénéfice de ce repos initial.

Cependant ce repos complet au lit, cette suppression théorique de toute dépense psychologique par l'immobilité complète présente bien des difficultés et même, si elle est longtemps prolongée, présente certains dangers. Bien des auteurs ont fait la critique du « rest cure » et du « mast cure » en disant que « l'accroissement du sang et de la graisse ne suffit pas à procurer un état normal du système nerveux et ne suffit pas à supprimer tous les désordres de la pensée. » J'ai montré ailleurs ¹ les difficultés d'application de cette thérapeutique, les mauvaises habitudes et les troubles qu'elle peut dans certains cas engendrer. Bien souvent des obsessions nouvelles et des délires hypocondriaques se développent chez des individus laissés trop longtemps au repos sans une direction morale suffisante. Se reposer, prendre véritablement les attitudes du repos, c'est un acte difficile que les malades épuisés ne savent pas faire, même quand ils en ont besoin ; aussi conservent-ils même dans leur lit des agitations physiques et mentales fort dangereuses.

Ces traitements par le repos au lit deviennent particulièrement difficiles à appliquer quand le malade est sorti de la période d'épuisement complet des forces. On voit alors apparaître les diverses agitations et le sentiment de l'ennui. Ce sentiment est difficile à analyser et des études intéressantes sont actuellement faites sur ce sujet. Si je ne me trompe, ce sentiment n'apparaît pas dans les épuisements profonds, quand le malade « est très suffisamment occupé pendant une journée entière à regarder une feuille qui remue ». Il est le signe d'une certaine restauration des forces encore insuffisantes et mal gouvernées il rentre dans le groupe des phénomènes d'agitation.

Un des caractères de l'individu déprimé c'est qu'il ne sait pas conserver des forces sans les dépenser immédiatement, il ne sait pas faire des réserves, ce qui est important dans les économies. La mise en réserve des forces se rattache à l'organisation des habitudes, des tendances que l'on ne peut fonder sans leur donner une charge à utiliser plus tard. L'organisation de ces nouvelles tendances, la préparation de leur charge sont des opérations psychologiques particulières qui s'effectuent mal chez le déprimé. Les forces sont dépensées dès qu'elles apparaissent en actions incomplètes, en désirs vagues immédiatement arrêtés, accompagnés du dégoût et de la peur de l'action. Il ne suffit pas toujours d'augmenter les forces par le simple repos physique pour lutter contre l'agitation et le désordre ².

L'économie par le repos complet au lit est le début souvent nécessaire du traitement, il est presque toujours utile, mais il est rarement suffisant ; il est chimérique de prétendre 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 illusoires et si elles existent elles ne laissent entre les mains du malade que des ressources mal ordonnées dont souvent il ne sait que faire.

Si l'on comprend bien que les bons effets du traitement par le repos sont dus surtout à l'économie des forces psychologiques, on peut organiser ce traitement d'une manière plus rationnelle. Il ne sera plus nécessaire, sauf dans des cas spéciaux, de supprimer complètement le mouvement physique et de réduire le malade à l'immobilité. Il suffira de quelque prudence dans la dépense des forces physiques. L'essentiel consiste à découvrir quels sont les actes qui présentent pour le malade des difficultés et des dépenses excessives et de restreindre ou de supprimer précisément ces actes

¹ Médications psychologiques, II, p. 89.

² Op. cit., II, p. 58.

coûteux 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 », comme disent souvent les malades. Il faut les désaccrocher, c'est-à-dire solutionner autant que possible les situations complexes dans lesquelles ils se trouvent et dans lesquelles ils s'empêtrent, et on ne se figure pas combien de maladies mentales en apparence graves disparaissent dès que l'on a pu mettre fin à une situation délicate et difficile.

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 1896 je parlais de la simplicité de la vie nécessaire au névropathe. « Le vrai remède de l'hystérie, disais-je avec Briquet, c'est le bonheur. Cela est parfaitement vrai mais il faut entendre quel est le bonheur qui convient à ces faibles ; je le résumerai en un mot, c'est la vie facile où tous les problèmes du métier, 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 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 particulier ¹ ».

Un grand principe du traitement des névropathes, c'est que leur vie doit être excessivement régulière et monotone. Il faut se défier 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 toujours un désastre et retarde de beaucoup sa guérison, il faut autant que possible l'éviter. Souvent il faut supprimer ou réduire les exercices religieux, les études, les voyages, le travail professionnel. 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 semble 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.

Malheureusement ces restrictions sont souvent pénibles : j'ai eu l'occasion de montrer que chez beaucoup de malades les joies exaltées, les enthousiasmes sont fort dangereux et sont suivis d'accidents dépressifs plus ou moins graves. Ces individus ont quelquefois reconnu eux-mêmes ce danger : « Je sais très bien, disait l'un d'eux, que tout spectacle ou toute circonstance impressionnante est dangereuse pour moi... je me défie de tout ce qui peut déterminer une joie vive, un chagrin profond... Je dois renoncer aux spectacles, aux concerts que j'aime trop ... Il me faut un état gris sans émotion et je me fais la vie qu'il me faut ... » On dira qu'il est impossible d'éviter les occasions de chagrin, de surprise, de regret : ce n'est pas tout à fait exact. 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

¹ *Traitement psychologique de l'hystérie, Traité de thérapeutique de Robin, 1896, XV, p. 10. État mental des hystériques, 2e édition, 1911, p. 677.*

réclament un triomphe, une liquidation et plus rares aussi les occasions de réminiscences traumatiques.

Beaucoup de médecins, Grancher en particulier, ont appris aux tuberculeux qu'ils devaient pendant des années à 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 évitent des faillites terribles en économisant tous les jours sou par sou les richesses psychologiques.

4. - L'économie par l'isolement

[Retour à la table des matières](#)

De nombreuses méthodes de morale et de thérapeutique ont utilisé l'isolement plus ou moins complet et ont cherché à retirer de son milieu social l'individu que l'on voulait transformer ou guérir. On obtenait ainsi des succès réels, mais sans se rendre bien compte de la manière dont on agissait et sans bien comprendre le mécanisme de la thérapeutique que l'on employait.

Les sujets disait-on, sont devenus malades parce qu'ils trouvaient dans leur milieu de fâcheux exemples de troubles névropathiques. Le milieu où ils vivaient était moralement malsain, car beaucoup de troubles moraux sont contagieux comme on l'a bien vu dans les épidémies de chorée, de folie démoniaque qui ont été si graves autrefois. Les défenseurs des traitements par l'isolement disaient encore que les malades en changeant de milieu échappaient à des admirations exagérées ou à des pitiés trop indulgentes, qu'un changement de milieu facilitait beaucoup les changements de conduite, que l'isolement devenait une sorte de punition et excitait aux efforts salutaires, qu'il facilitait l'hygiène et le traitement physique des malades, etc. Tout cela est juste et l'on pourrait encore énumérer bien d'autres avantages du même genre, mais, à mon avis, ce n'est pas l'essentiel.

Toutes mes études sur les maladies nerveuses, sur les conditions de leur développement ont mis en lumière un fait qui me semble important. Les actes que l'homme doit exécuter en société, dans ses relations avec les personnes qui l'entourent immédiatement constituent la partie la plus considérable de sa vie. C'est dans cette vie sociale qu'il est obligé de dépenser la plus grande partie de ses forces et, plus souvent qu'on ne le croit, ce sont ces relations sociales de tous les jours avec les membres de sa famille, ses proches, ses amis, qui sont trop coûteuses pour lui et qui déterminent sa ruine psychologique.

Pour mettre ce fait en lumière j'ai essayé d'étudier un cas particulier où l'on voit bien combien coûte un acte social : j'ai examiné non seulement la conduite sociale du névropathe mais encore l'influence que cette conduite exerce sur les personnes de son entourage immédiat. Rappelons les traits essentiels de cette conduite qui sont les mêmes dans la plupart des névroses et qui sont souvent bien manifestes avant que l'état névropathique ait été diagnostiqué et reconnu comme maladif. La volonté réflé-

chie du névropathe est toujours diminuée, si on ne laisse pas égarer par les apparences que prennent les agitations et les entêtements ; les malades ne peuvent accomplir aucun travail qui demande de la patience et de l'effort, ils ne savent pas plus commencer que finir, ils s'agitent, s'entêtent et se troublent quand il s'agit d'accomplir réellement les actions qui leur répugnent tellement. Ils sont particulièrement incapables d'accomplir correctement ces deux groupes d'actions qui jouent un si grand rôle dans la vie sociale, les actes de commandement et les actes d'affection. Ils ne savent pas envisager les situations nouvelles, affirmer une décision, prendre les responsabilités, ce qui serait nécessaire dans des commandements réellement utiles, ils ont au fond peur de la lutte qu'il faudrait consentir à affronter pour obtenir une obéissance réelle. Ces malades parlent tout le temps de leurs affections, ils ont même souvent la manie d'aimer, mais il ne faut pas se laisser prendre par les apparences : ils sont en réalité fort incapables d'aimer réellement.

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 ; ils prennent beaucoup de précautions pour ne pas agir, pour ne pas être entraînés dans l'action qui leur est 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 paresse, ils aiment à se cacher, à dissimuler leurs sentiments. Quand ils comprennent que malgré leurs efforts l'action des autres va les atteindre, ils résistent en refusant de s'associer à l'action d'autrui et ils font tous leurs efforts pour arrêter, pour empêcher les autres de faire quelque chose autour d'eux. Dans d'autres cas quand ils ne s'opposent pas à l'action d'autrui, ils veulent s'y mêler, y participer de quelque manière pour la contenir, la surveiller et aussi pour s'assurer à peu de frais les bénéfices de l'action : de là les manies de l'aide, de la collaboration et surtout les manies de l'autoritarisme.

Il est étrange de voir des personnes qui sont au fond incapables d'exercer une autorité véritable et utile présenter si souvent la manie de l'autoritarisme. Il s'agit d'individus qui commandent perpétuellement aux personnes qui les entourent une foule d'actes pour lesquels le commandement est parfaitement inutile. Ces actes n'ont aucune importance, ils auraient pu être effectués autrement sans aucun inconvénient, le plus souvent même ils auraient été effectués de la même manière si les personnes avaient été laissées libres d'agir à leur guise. Mais les autoritaires ne peuvent tolérer que des actes quelconques soient exécutés autour d'eux sans qu'ils les aient commandés. D'un côté la constatation de cette obéissance perpétuelle les rassure car ils peuvent ainsi modifier la conduite des autres et éviter les changements de milieu qu'ils redoutent, de l'autre elle leur donne un sentiment de réconfort quand ils peuvent vérifier à chaque instant que toutes ces personnes sont à leur disposition et par conséquent leur sont inférieures. Les uns exigent avec violence et menace, les autres avec une douceur gémissante et au nom des égards qu'on leur doit, mais tous cherchent à supprimer complètement l'indépendance et l'initiative des personnes qui sont autour d'eux.

Ces besoins d'obéissance, de soins, de flatteries peuvent souvent être exprimés d'une autre manière : leur satisfaction n'est pas exigée par des ordres, elle est demandée comme une manifestation d'affection. Il s'agit alors de ce fameux besoin d'aimer et d'être aimé qui joue un rôle si considérable dans la conduite des névropathes. Ce qu'ils appellent « être aimés » c'est d'abord ne jamais être attaqués ni lésés en aucune manière : « n'est-ce pas horrible de sentir qu'on est en concurrence, en dispute avec quelqu'un ». Chez d'autres plus nombreux l'individu qui les aime est un individu 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. 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. Il y a cependant quelque chose de plus dans leur idée de l'amour, c'est d'abord la 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 et enfin c'est la certitude que ces services innombrables leur seront rendus indéfiniment sans qu'ils aient jamais à les payer d'une manière quelconque. C'est cette dernière remarque qui donne l'explication d'une expression curieuse et fréquente, celle du désir « d'être aimé pour soi-même ».

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. Au fond de la taquinerie et de la bouderie qui sont si fréquentes il y a un besoin de vérifier incessamment le pouvoir que l'on a sur les gens. L'acte « de faire une scène » est un combat simulé comme la taquinerie est une attaque simulée et la bouderie une rupture simulée. La jalousie joue dans ces conduites un rôle considérable, elle se compose d'accaparement vis-à-vis d'un objet ou d'une personne et d'hostilité vis-à-vis des autres personnes qui seraient capables elles aussi de rechercher et de posséder cet objet aimé. 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 qu'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. De là les manies du dénigrement, de la récrimination, de la méchanceté, toutes les manies, les impulsions, les délires de la haine.

Toutes ces conduites du névropathe déterminent une réaction chez les assistants et cette réaction est nécessairement une attitude compliquée et difficile. L'aboulie, l'indécision des névropathes nous obligent à les remplacer, à faire leur part de travail en plus de celle que nous avons déjà. Leur incapacité d'aimer réellement, la difficulté qu'ils éprouvent à accepter définitivement un groupement, une association finit par être pénible et décourageante. 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 difficile et fatigant que de parler avec un timide. Aucune intimité n'est possible avec eux, ils prétendent la désirer, mais en fait ils se conduisent comme s'ils la redoutaient. Ils sont constamment tristes et mécontents et « cela donne à toute la maison une nuance grise qui est fort pénible ».

Non seulement ils ne font rien, mais ils cherchent sans cesse à gêner notre action. 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, en ajoutant à l'action des détails inutiles qui leur permettent de croire qu'ils y sont pour quelque chose et tout cela rend notre action plus compliquée. Leur manie de surveiller, de commander, de critiquer, détermine des modifications dans les actes des assistants, elle transforme tous les actes en des obéissances, ce qui les rend plus coûteux et en supprime le bénéfice.

Leurs manies de l'amour amènent de nouvelles exigences : en leur rendant tous les 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 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.

Malgré toutes les précautions et tous les dévouements on ne peut éviter que le malade ne conçoive des sentiments de doute et de jalousie, le travail mental devient alors encore plus grand quand il faut supporter des attaques, des méchancetés de toute espèce. Sans doute ces attaques sont le plus souvent simulées et inoffensives, la conduite du névropathe donne l'impression d'un perpétuel mensonge et la conduite qu'il faut avoir avec lui est aussi compliquée que la conduite vis-à-vis d'un individu que l'on sait dissimulateur, elle demande une grande attention et une grande habileté.

Cette conduite difficile et complexe que la présence du névropathe fait naître 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 est maladroit, lourd, baroque, tout ce que vous voudrez, mais surtout il est éreintant... » Être fatigant, c'est nous forcer à faire des dépenses excessives de force morales que nous ne ferions pas si ces personnes n'étaient pas autour de nous.

La dépression causée par la présence de ces individus fatigants et coûteux se manifeste même par des troubles physiologiques. On peut observer des faiblesses musculaires, des troubles respiratoires et circulatoires chez quelques-uns quand ils sont en présence des individus qui les épuisent. La digestion surtout est fréquemment altérée dans ces milieux moralement malsains. Mais ce sont surtout les troubles moraux qui apparaissent dans ces conditions. Le plus simple est le sentiment d'antipathie dont j'ai essayé d'expliquer la formation par le sentiment d'épuisement psychologique en présence de certaines personnes. Mais il ne faut pas oublier que le névropathe peut être entouré de personnes dont la tension psychologique faible s'abaisse facilement. Ces personnes souffrent rapidement de la conduite compliquée et coûteuse qui leur est imposée et elles ne tardent pas à présenter les troubles de la dépression psychologique.

Sans doute les névroses et les psychoses ne sont pas à proprement parler contagieuses comme des maladies infectieuses ; sans doute l'imitation et la suggestion proprement dite ne jouent dans la transmission des névroses qu'un faible rôle. Mais cependant il est un fait que l'on ne doit pas méconnaître, c'est que l'on rencontre très souvent un grand nombre de névropathes réunis dans la même famille ou dans le

même milieu. On ne peut pas toujours expliquer leur réunion par l'influence de l'hérédité ; j'ai analysé en particulier 32 observations ¹ tout à fait caractéristiques de névroses chez le mari et chez la femme, ou chez l'amant et la maîtresse vivant ensemble depuis plusieurs années. Dans tous les cas l'un des conjoints, normal avant la réunion devenait malade après quelques années de cohabitation avec un individu atteint de troubles psychasténiques depuis longtemps. Il s'agit, à mon avis, 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 l'autre un abaissement pathologique. Que l'on emploie ou non pour ces cas le mot de « contagion » je ne veux retenir qu'une chose, c'est que la cohabitation avec certaines personnes est une condition qui fréquemment détermine et entretient des névroses.

J'ai pris cet exemple de l'influence fâcheuse qu'exerce un révropathe sur la santé psychologique de son entourage d'abord parce que les individus de ce genre sont très nombreux, mais aussi parce que ce cas est bien démonstratif. Il nous fait bien comprendre ce que c'est qu'un milieu social, compliqué, fatigant et moralement malsain. J'ai été amené à décrire bien d'autres groupes constitués d'une manière trop complexe ou présentant quelque irrégularité qui rend l'organisation du groupe trop difficile. Il faudra un jour étudier la pathologie des groupes et son rapport avec la pathologie des individus. Nous ne retenons ici qu'une seule chose, c'est que souvent la conduite sociale se complique dans un groupe et devient ruineuse pour ceux de ses membres qui ne présentent pas des ressources suffisantes.

C'est cette notion qui explique les bons effets de l'isolement. Beaucoup d'individus l'ont compris instinctivement et le changement du milieu social les a préservés ou les a guéris d'un trouble grave. Beaucoup de personnes sentent le danger et arrivent ainsi à s'isoler et à se préserver de la contagion : « Mon estomac et ma tête se rétablissent disent-ils, si je quitte la maison pendant un certain temps. » Les phobies des névropaths peuvent être des indications à propos de précautions nécessaires : les timidités et les phobies sociales indiquent quelquefois l'épuisement que causent à certaines personnes la société et surtout une certaine société et Il n'est pas mauvais d'en tenir compte. La thérapeutique par l'isolement essaye de répondre à ces indications ; elle se présente comme une forme de la cure par le repos, comme un moyen d'obtenir le repos psychologique plus efficace que le séjour dans un lit. Il est utile de bien comprendre ce principe des traitements par l'isolement afin de les appliquer d'une manière pratique et efficace.

5. - Les économies dans les liquidations

[Retour à la table des matières](#)

Nous retrouvons ce même principe de l'économie psychologique dans d'autres méthodes psychothérapeutiques en apparence toutes différentes. La diminution des dépenses psychologiques explique encore les bons résultats des traitements que j'ai décrits autrefois comme des « recherches des souvenirs traumatiques » et qui ont donné naissance à toutes les méthodes de la psycho-analyse. On peut résumer ces

¹ Les médications psychologiques, 1920, II, p. 180.

traitements sous le nom de traitements par la liquidation psychologique et il est facile d'en comprendre le principe.

Il faut d'abord apprécier l'action nocive de ces souvenirs traumatiques afin de se rendre compte du service que l'on rend aux malades en les supprimant ou en les modifiant. Un événement émotionnant est un événement auquel l'individu mal préparé ne sait pas s'adapter complètement de manière à supprimer le trouble, le déséquilibre que cet événement apporte dans sa vie. A défaut d'une réaction précise, bien organisée d'avance on est obligé de recourir aux anciennes réactions élémentaires qui fonctionnaient autrefois seules avant l'organisation des tendances supérieures. Il y a à propos de cet événement inattendu un éveil rapide des tendances inférieures, la peur, la colère, l'instinct vital. Ces tendances élémentaires sont caractérisées non seulement par leur faible élévation psychologique mais aussi par la grande quantité de forces qu'elles mobilisent. Dès le début d'une réaction qui échoue il y a comme dans le réflexe du faux pas une grande dépense de forces pour se préparer à toute éventualité et cette mise en liberté de forces auparavant capitalisées joue un rôle considérable dans l'émotion.

Ces forces considérables mal employées dérivent de tous les côtés et déterminent des agitations variées même dans les fonctions viscérales élémentaires : il y a comme une inondation de force qui trouble même la respiration et la circulation. Les modifications vasculaires ne sont pas, comme le disaient Lange et W. James, l'essentiel et le point de départ de l'émotion, elles jouent simplement un rôle dans la conscience que l'homme prend de l'émotion, mais elles sont des conséquences de l'émotion elle-même. Dans les cas les plus simples ces troubles émotionnels cessent assez rapidement quand la circonstance inattendue qui a déterminé le désordre des réactions a disparu. Ils laissent souvent à leur suite un épuisement en rapport avec la dépense excessive des forces, épuisement qui peut être quelquefois assez grave pour donner naissance à quelques symptômes de dépression, mais qui tend à se réparer de lui-même, puisque la cause provocatrice de toutes ces dépenses excessives n'existe plus.

Malheureusement dans bien des cas les choses sont plus compliquées : la circonstance provocatrice ne disparaît pas complètement ou plutôt la réaction désordonnée et insuffisante ne l'a pas fait disparaître et a laissé le problème sans solution. Pour se débarrasser de la gêne causée par cet insuccès de l'adaptation l'homme est obligé de faire de nouvelles actions. Un échec nous met 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 refaire en le modifiant dans sa force, dans sa durée ou même dans la combinaison des mouvements, ou enfin abandonner l'acte, renoncer à la satisfaction qu'il devrait procurer. Cette dernière résolution 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. Quand un individu est un peu débile constitutionnellement ou quand il est un peu déprimé par des épuisements antérieurs, il devient incapable de cet acte difficile : une des remarques les plus curieuses que j'ai faites sur le caractère des déprimés est celle de leur incapacité à comprendre l'impossible et à se résigner. Ces mêmes personnes ont également beaucoup de peine à recourir à la seconde conduite qui consisterait dans une modification de leur action, car cela demanderait de l'invention et de l'initiative, ce qui est également difficile. Beaucoup de ces individus 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.

C'est là une des conduites les plus banales dans tous les affaiblissements de l'esprit même légers. Elle donne naissance au phénomène que j'ai appelé d'après le mot d'un de mes malades, « le symptôme de l'accrochage », elle joue un rôle considérable dans nombre de manies, d'obsessions, d'impulsions. Cette conduite est particulièrement fréquente chez les individus qui ont une faible tension psychologique. Ces malades n'arrivent pas facilement à la partie terminale de l'acte, à la conclusion qui est caractérisée par une conduite spéciale, la conduite du triomphe. Cet arrêt de l'acte par le triomphe, opposé à l'arrêt de l'acte par la fatigue est bien visible dans la joie qui couronne l'acte réussi, mais il intervient également à la fin des actes qui ont échoué et il constitue la satisfaction de la liquidation qui facilite la résignation. Les personnes dont je parle ne savent pas conclure ni triompher, mais elles cherchent indéfiniment à obtenir la joie de cette conclusion. Aussi sont-elles disposées à répéter indéfiniment la même action insuffisante et incomplète et on peut dire que beaucoup d'entre elles passent leur vie indéfiniment contre un mur.

Cette répétition indéfinie de l'action émotionnante déjà coûteuse par elle-même augmente la dépense dans des proportions énormes et détermine un épuisement de plus en plus grand. Sous l'influence de cet épuisement l'acte qui était déjà insuffisant et maladroit dès le début devient inadapté et même anormal : il se dégrade et prend une forme plus basse dans la hiérarchie des actes. Il perd les caractères qui appartiennent au niveau de l'activité réfléchie, il n'est plus coordonné avec les autres actions, il ne fait plus partie de ce récit de notre vie que nous construisons incessamment dans la mémoire, il n'est plus correctement assimilé à notre personnalité. En un mot il prend peu à peu ces aspects étranges d'acte automatique, inspiré par quelque puissance occulte, d'acte irréel, accompli en rêve, ou d'acte subconscient. On observe tous les intermédiaires entre l'acte simplement émotionnant qui se répète consciemment dans l'accrochage et l'acte véritablement subconscient qui continue indéfiniment à l'insu de la conscience et de la mémoire.

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 répétition de cette situation, ces efforts continuels déterminent une fatigue, un épuisement qui jouent un rôle considérable dans les névroses. 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.

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. L'une ne se conduit pas comme une jeune fille qui a perdu sa mère, l'autre 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 et c'est celui qui détermine la plupart des troubles ainsi que l'épuisement psychologique.

Dans ces conditions il n'est pas difficile de comprendre l'action de ces traitements dérivés du Magnétisme animal qui ont pour principal caractère de rechercher, de mettre au jour et de modifier ces souvenirs traumatiques. Ces traitements consistaient, comme on l'a vu, en interrogations systématiques du sujet dans des conditions particulières pour faire réapparaître aussi nettement que possible les souvenirs relatifs à ces événements émotionnants, en exercices imposés au sujet pour lui faire reprendre la conscience de ces souvenirs et la croyance en leur réalité. Dans bien des cas, ces souvenirs ainsi ramenés à la conscience devenaient singulièrement inoffensifs et les troubles qu'ils déterminaient disparaissaient.

Dans d'autres cas, 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 guéris s'ils oubliaient l'événement. « 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 et ce serait une découverte précieuse pour la psychiatrie que celle qui nous permettrait de créer l'oubli à volonté. L'intérêt de cette étude excuse les diverses tentatives que j'ai faites pour supprimer des souvenirs par la suggestion, pour les détruire par la dissociation des images ou des paroles qui les constituaient. Ces procédés se sont montrés intéressants dans le traitement d'une idée fixe curieuse qui durait depuis vingt ans, l'idée fixe du choléra, dans la dissociation de certains rêves qui amenaient des incontinenances d'urine, dans la guérison de plusieurs obsessions amoureuses. On trouvera le détail de ces traitements dans diverses études. Les meilleurs procédés sont ceux qui déterminent l'assimilation de l'événement émotionnant, qui amènent le sujet à comprendre par la réflexion, à y réagir correctement, à s'y résigner. Nous aurons à revenir sur cette question dans le chapitre suivant à propos des actions excitantes.

Ce sont ces procédés qui ont été repris, développés quelquefois d'une manière intéressante, exagérés aussi bien souvent, par l'école de la Psycho-analyse. Celle-ci a eu le tort, à mon avis, de considérer ces souvenirs traumatiques comme étant toujours de nature sexuelle. Cela est juste dans certains cas, mais il ne faut pas de parti pris l'affirmer dans tous les autres et s'exposer ainsi à des investigations indelicates et quelquefois à des suggestions dangereuses. Mais il n'en est pas moins juste de

reconnaître la part que cette école a prise dans le développement de ces méthodes thérapeutiques encore peu connues.

Pourquoi cette liquidation d'un événement déjà ancien a-t-elle une si grande importance ? Parce qu'elle procure à l'esprit le repos. Après cette liquidation quelquefois pénible et coûteuse, il est vrai, l'esprit cesse de faire ces efforts d'adaptation qu'il répétait indéfiniment. Il cesse de maintenir mobilisées des forces considérables. Il n'est pas toujours bon d'avoir à sa disposition des forces considérables inutilisées : ceux qui ont de grosses sommes d'argent dont ils ne savent que faire sont exposés à dépenser à tort et à travers et ne sont pas toujours capables de les mettre de nouveau en réserve. Dans certains cas la réduction des forces disponibles, l'affaiblissement même peut être fort utile : l'esprit fera des économies quand il aura moins de travail à faire pour gouverner, employer, drainer, mettre en réserve des forces plus réduites. Ces réflexions rapprochent les traitements par la liquidation des traitements par la décharge qui sont du même genre ¹.

En un mot, certains malades sont amenés à la ruine parce qu'ils ont constamment une certaine dépense supplémentaire à côté de leur train de vie ordinaire. Le traitement psychologique n'a 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 suffisants pour les dépenses de la vie courante. La plupart des méthodes de traitement psychologique sont donc bien des méthodes d'économie qui d'une manière ou d'une autre essayent de conserver et d'augmenter les forces psychologiques du malade.

6. - Les économies dans les directions et dans diverses thérapeutiques

[Retour à la table des matières](#)

Le même mécanisme intervient plus souvent qu'on ne le croit dans bien d'autres traitements psychologiques. Si les exhortations de la « Christian science » nous débarrassent, comme le disait Mark Twain, de la peur des rhumes de cerveau et des indigestions, elles apportent déjà à l'esprit un grand soulagement et rendent bien des forces disponibles pour des actes plus importants.

Les traitements par la suggestion évitent au malade le choix de l'acte à effectuer et le travail de la résolution réfléchie, opérations qui sont coûteuses. Les sujets eux-mêmes s'en rendent compte : ils savent très bien qu'ils sont incapables de faire certains actes volontairement ou bien qu'ils en troublent l'exécution par une foule de scrupules, d'efforts inutiles et d'idées fixes et ils souhaitent eux-mêmes qu'on leur fasse exécuter des actes d'une manière forcée ou automatique. « Êtes-vous bien décidé à me nourrir par la sonde si je ne mange pas ? - Parfaitement. - Dans ce cas je suis forcée et c'est vous qui prenez la responsabilité, j'aime mieux cela. » Et elle mange

¹ Médications psychologiques, II, p. 292.

correctement. « Dès que j'essaye de manger moi-même, me disait une autre malade, je sens comme une voix qui me dit : « ne mange pas ». Dès que cette voix commence, je me butte et il me faudrait des efforts énormes pour en sortir. Ce que j'aime le mieux c'est de manger sans y penser et sans réfléchir. »

C'est surtout dans l'influence des directions morales que l'on observe ces bons effets de l'économie des forces. Il n'est pas nécessaire d'étudier uniquement les directions proprement médicales pour constater cette influence : beaucoup de ces sujets ont traversé accidentellement dans leur vie des périodes où ils ont été soumis à des directions plus ou moins rigoureuses et il est facile de vérifier que ces périodes ont été celles où ils se portaient le mieux physiquement et moralement.

Un détail m'a frappé quand je relevais l'histoire pathologique des hommes atteints de troubles psychasténiques, c'est que beaucoup d'entre eux, après avoir présenté des troubles considérables dans leur première jeunesse avant vingt ans, présentaient une rémission très nette, une guérison apparente vers l'âge de 21 ans, pendant les années passées au service militaire. Un homme de 35 ans qui actuellement souffre depuis plusieurs années d'une phobie bizarre, « la phobie des yeux de sa femme », qui avait eu auparavant à l'âge de 16 ans l'agoraphobie, puis la phobie de l'isolement, la manie des présages, etc. remarque lui-même qu'il n'a été réellement tranquille qu'au régiment à l'âge de 21 ans : « la discipline me convenait sans doute, car j'ai vécu rassuré à la caserne, sans rien redouter et je n'ai mérité que des compliments. L'amélioration a même duré quelque temps après ma libération et je me croyais délivré de mes sottises, mais bientôt dans la vie libre tout a recommencé. » On pourrait répéter mot à mot les mêmes remarques à propos de quatorze observations qui nous montrent de même les effets favorables de la discipline.

Un de ces jeunes gens psychasthéniques en quittant la caserne s'est réfugié au séminaire et paraît continuer à s'y porter fort bien. Il est probable que si nous pouvions avoir des renseignements sur la vie psychologique des couvents nous verrions qu'autrefois beaucoup de névropathes graves y ont trouvé un refuge et une guérison relative.

De temps en temps, trop rarement malheureusement, il s'établit dans le monde des sortes d'associations entre le malade et un individu sain et énergique qui prend la direction et qui maintient dans l'ordre son associé. C'est ce qui arrive d'ordinaire dans beaucoup de familles pour les jeunes enfants. Bien souvent l'apparition de la névrose est retardée par l'influence bienfaisante de l'un des parents ; c'est pour cela que nous voyons si souvent les troubles éclater après leur mort.

Le même fait se présente aussi assez souvent dans le mariage. Il est vrai que l'union avec un de ces névropathes est souvent désastreuse : l'individu sain se dégoûte et s'enfuit, ou bien il s'épuise et devient contaminé à son tour, comme nous l'avons noté dans un chapitre précédent, sans que le malade tire grand profit du supplice imposé à son conjoint. Mais il faut constater cependant que dans certains cas en raison de circonstances particulières les choses ne se passent pas ainsi. Au moins pendant quelques années l'individu sain semble avoir une énergie suffisante pour imposer une discipline et, le plus souvent sans s'en douter, il guérit les troubles de l'autre. Sans doute dans nos observations les choses finissent pas tourner mal, puisqu'on nous amène le malade, soit que le directeur ait disparu, soit qu'il se soit lassé de son travail, soit qu'il ait perdu son influence. Mais il ne faut pas oublier que ces malades mêmes ont auparavant trouvé le calme et le bonheur pendant des années et qu'il doit y avoir

beaucoup d'autres cas ignorés par le médecin, parce que l'équilibre se maintient suffisamment pendant toute la vie.

Dans quelques observations, j'ai constaté qu'un prêtre auquel ces malades allaient très souvent se confesser a pu réussir à diriger avec succès pendant plusieurs années des malades difficiles à manier. Le fait doit être fréquent car les psychasténiques doivent être nombreux dans les confessionnaux. L'ouvrage de M. l'abbé Eymieu montre qu'il a acquis dans son ministère une certaine expérience de ces malades. Des religieuses, des institutrices, des garde-malades, des masseuses ont fréquemment l'occasion de jouer ce rôle et dans une dizaine d'observations nous voyons que ces personnes peuvent réussir fort bien cette direction pendant des années. Les parents, comme cela est arrivé dans la plupart de ces cas, sont souvent désolés de cette situation qui leur paraît anormale et ils ont peur que la jeune fille entièrement dominée n'abandonne toute sa fortune entre les mains de l'institutrice. Cette crainte est certainement fondée, c'est là un des dangers de ces directions accidentelles, nous aurons à y revenir tout à l'heure. Mais il n'en est pas moins vrai, en se plaçant au point de vue exclusivement médical, que ces directions sont heureuses et que leur interruption amène de très grands troubles.

Les cas le plus étrange est celui où l'association existe entre deux malades qui semblent jouer au naturel la fable de l'aveugle et du paralytique. J'ai recueilli trois observations de ce genre dont la plus intéressante, celle de Ai. f. 43 a déjà été publiée. Cette femme atteinte d'aboulie, de doute et de phobie du contact ne pouvait plus toucher aucun objet de toilette et vivait dans la malpropreté, elle a rencontré vers l'âge de 30 ans une ancienne camarade de pension déprimée elle aussi et aboulique, mais tourmentée par l'obsession de la mort et du suicide. Elles se sont confié réciproquement leurs misères et se sont moquées l'un de l'autre ; après ces confidences elles ont été toutes deux étonnamment remontées et tranquilles pendant quelques jours. Il en est résulté que pendant dix ans elles ont vécu ensemble d'une manière beaucoup plus correcte parce qu'elles se soutenaient mutuellement.

Nous observons sous l'influence des traitements médicaux les mêmes changements et, comme on le verra dans le prochain chapitre les mêmes sentiments du besoin de direction. Il n'y a souvent dans les directions médicales qu'une application plus raisonnée et souvent plus prudente de ces mêmes influences qui ont eu souvent de bons effets au cours de la vie du malade.

Il est évident qu'il s'agit ici de phénomènes psychologiques assez complexes dans lesquels interviennent de nombreux facteurs. On a souvent fait remarquer qu'il est juste de reconnaître un certain rôle à la suggestion ou à des phénomènes analogues. On ne peut nier que tel ou tel phénomène de l'électivité présentés par certains somnambules ne soient en rapport avec des suggestions plus ou moins involontaires et maladroites du médecin, avec des idées conçues par le sujet et transformées en suggestion en raison de l'état spécial pendant lequel elles se développent. Il y a donc des relations étroites entre les deux phénomènes de la direction et de la suggestion, mais il ne faut pas en conclure que ces faits soient identiques. Les phénomènes d'influence que l'on observe au cours des directions sont bien plus étendus que ceux de la suggestion et même que la suggestibilité. Ils existent chez des malades, en particulier chez les psychasténiques qui ne sont guère suggestibles. Il y a dans l'influence de la direction bien des caractères qui dépassent la suggestion proprement dite. Enfin dans ce cas comme dans les autres la suggestion ne peut pas s'expliquer elle-même : s'il est possible au moins dans certains cas de faire dépendre l'un de ces phénomènes

de l'autre, je dirai que c'est bien plutôt la suggestion qui varie avec l'influence et qui en dépend.

Je ne suis pas non plus disposé à accepter entièrement la théorie présentée par M. Freud qui rattache le phénomène de l'influence aux manifestations normales des affections humaines et surtout à celles de l'amour sexuel. Je serais plutôt disposé à dire ici comme précédemment que les phénomènes d'influence sont plus généraux que les sentiments d'amour proprement dits, que loin d'en dépendre ils les contiennent comme l'une de leurs variétés.

Dans ces besoins de direction, nous voyons plutôt un désir naturel et un presentiment de ces traitements par le repos et par la simplification de la vie dont nous avons déjà constaté l'importance. Le malade est un individu fatigué, épuisé, qui a le besoin le plus urgent de se reposer et d'économiser ses forces ; mais il ne sait pas se reposer et il se laisse entraîner à faire continuellement ce qui l'épuise le plus. Ses idées obsédantes qui sont « comme des vrilles dans la tête », ses répétitions, les pactes qu'il s'impose, ses doutes, ses interrogations, ses efforts désespérés autant qu'inutiles entretiennent et augmentent sans cesse son épuisement. Il est accroché à quelque petit problème que la vie a soulevé, il reste indéfiniment devant la même action que non seulement il n'arrive pas à faire mais encore qu'il s'épuise à essayer de faire, il pousse indéfiniment contre un mur. La vie réelle dans laquelle il est plongé présente des situations complexes ou qu'il croit complexes ; il veut réunir tous les renseignements, discuter les divers motifs d'action, il s'embrouille, il hésite, il n'arrive ni à conclure, ni à vouloir et recommence indéfiniment la même délibération sans pouvoir ni faire l'action, ni renoncer à l'action. « Je ne puis franchir le seuil de cette maison ni m'en éloigner ». Quand la vie est simple, ils la compliquent eux-mêmes par leurs impulsions à la domination, à la taquinerie, au dénigrement, à la recherche folle de l'amour, à des aventures dangereuses qui troublent leur milieu social. Ces perpétuelles tentatives et ces efforts de toute espèce déterminent une perpétuelle défense de forces, quand il leur en reste si peu.

La séance de traitement, quelle qu'elle soit, qu'il s'agisse d'hypnotisme, de suggestion, de dissociation des idées, de simplification de la vie, d'éducation supprime énormément de ces efforts et de ces dépenses. Des obsessions, des manies, des tics, sont arrêtés, des actes sont simplifiés, des résolutions sont prises, des situations sont liquidées, des délibérations interminables sont terminées par une résolution simple. Le travail a été fait par un autre, sans doute, mais il a été fait et les efforts sont arrêtés. Le malade a appris à faire des actes pratiques qui économisent des accrochages, des phobies, des angoisses, il prend une conduite économique, il découvre l'art de se reposer. D'ailleurs les principales dépenses pour les journées prochaines sont économisées par les ordres qui règlent minutieusement l'emploi de son temps et évitent le travail des décisions à prendre à chaque moment : les économies sont manifestes.

L'officier dans le régiment, le supérieur dans le couvent, le chef dans la famille jouent le même rôle : ils règlent la vie et tranchent tous les problèmes qui demandent de la réflexion et de l'effort. Le malade est débarrassé de toutes les opérations supérieures qui nécessitent de grosses dépenses. Malgré son petit revenu psychologique, il peut vivre à son aise. Nous verrons à propos de l'excitation, une autre action qui joue aussi un rôle dans la direction, mais l'un des principes essentiels de cette direction et l'une des causes de son heureuse influence est l'économie des forces qu'elle détermine.

Il est également probable que beaucoup de traitements qui semblent uniquement physiques ont sur le moral une influence du même genre. Les forces qui jouent un rôle dans la conduite extérieure de l'homme et qui sont considérées à ce propos comme des forces psychologiques sont au fond les mêmes qui servent à l'entretien de la vie et au fonctionnement des organes. L'épuisement causé par des maladies organiques, par la lutte contre des intoxications ou des infections, par la réparation des organes retentit sur la conduite psychologique. Inversement au moins dans certains cas les économies qui sont faites sur ces dépenses physiologiques permettent le relèvement de l'activité psychologique. Sans doute la différence des deux activités est telle que cette relation n'est pas toujours aisée à observer. Trop souvent le rétablissement de la santé viscérale ne suffit pas à relever l'activité de l'esprit. Mais des exceptions trop nombreuses ne doivent pas empêcher de constater les influences heureuses.

Le traitement de toutes les maladies locales, de toutes les intoxications surajoutées a souvent contribué au relèvement des forces morales. Les traitements les plus intéressants à ce point de vue sont les traitements qui suppriment les spasmes, qui calment des douleurs, qui enlèvent des craintes. On le constate dans bien des cas et en particulier dans le traitement des maladies des organes sexuels, dans le traitement de divers gastropathies et de divers troubles intestinaux qui interviennent si souvent dans les épuisements névropathiques par des douleurs disséminées de tous les côtés, par des inquiétudes qu'ils déterminent à propos de tous les organes.

Partout nous voyons intervenir ce principe psychologique fondamental de l'économie. La conduite psychologique n'est pas l'œuvre d'un pur esprit, c'est une activité de tout l'organisme qui exige une dépense de force probablement considérable. Cette dépense est d'autant plus grande que les actes sont d'un niveau plus élevé. La plupart des maladies de la conduite dépendent d'une insuffisance de ces forces. Si on me permet une telle comparaison toutes ces maladies ne sont au fond que diverses manières de faire faillite et de tomber dans la misère. Malgré les différences apparentes un grand nombre de thérapeutiques psychologiques sont du même genre. 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.

Deuxième partie : Les principes

Chapitre IV

Les acquisitions psychologiques

[Retour à la table des matières](#)

L'établissement d'un budget ne comprend pas uniquement l'indication des dépenses, il suppose encore l'étude des ressources et des bénéfices. On connaît fort mal les forces dont l'homme dispose et leur origine : tout au plus savons-nous qu'une certaine quantité de force est mise à notre disposition chaque jour comme un revenu régulier et que nous ne pouvons guère le dépasser. Nous savons aussi que ce revenu n'est pas le même pour tous les individus et qu'ici encore il y a des riches et des pauvres par hérédité. Mais la médecine psychologique n'a pas trop à se préoccuper de ces problèmes généraux, elle s'intéresse surtout à ceux dont le revenu est insuffisant et elle cherche à équilibrer leur budget. Elle y parvient d'abord par des conseils d'économie, mais ne peut-elle pas chercher aussi s'il ne serait pas possible d'augmenter le revenu par des bénéfices surajoutés. C'est là le problème de l'acquisition psychologique qui est au fond de beaucoup de méthodes psychothérapeutiques et qui malheureusement commence à peine à être envisagé nettement. Ce problème me semble présenter trois aspects différents suivant qu'il s'agit de l'acquisition de tendances, de l'augmentation de la quantité des forces ou de l'élévation de leur tension.

1. - L'acquisition des tendances nouvelles

[Retour à la table des matières](#)

La vie ne consiste pas seulement dans l'exercice de tendances qui existent à l'état latent dans l'être vivant, elle consiste aussi dans *l'acquisition et la fixation des nouvelles tendances*. Tout être vivant placé dans un milieu nouveau s'y adapte d'abord en créant de nouvelles combinaisons de mouvements qui aux nouvelles réceptions déterminées par le milieu répondent par une réaction appropriée, ensuite en fixant ces combinaisons de mouvements, en construisant des tendances correspondantes, c'est-à-dire des dispositions à produire cette réaction correctement, rapidement, facilement d'une manière automatique. Quand l'individu est seul en présence de ces circonstances nouvelles, il acquiert ces tendances nouvelles par le procédé des essais et des erreurs et les fixe par de longues répétitions. Au début il est poussé par une agitation protectrice à faire une foule de mouvements à tort et à travers, peu à peu il laisse de côté ces mouvements qui ne réussissent pas et il conserve seulement ceux qui réussissent. Les expériences des psychologues sur le comportement des animaux auxquels on impose un problème à résoudre montre bien l'existence de ce mécanisme. Ce mode d'acquisition simple et primitif a l'inconvénient d'être fort lent et d'exiger une grande dépense de forces, le maintien d'une haute tension pendant une longue période d'efforts.

Si un autre individu a déjà acquis la tendance nouvelle, il peut par sa seule présence et son exemple faciliter beaucoup l'acquisition des mouvements appropriés chez celui qui ne les possède pas encore. Si l'individu compétent est un homme capable d'observer et de comprendre il instruira beaucoup plus vite l'animal car il saura découvrir des méthodes d'enseignement qui abrègeront le travail.

Enfin, si l'élève lui-même est un homme capable par ses tendances antérieures de réagir au langage et de présenter l'obéissance à la parole, les rappels des mouvements anciens, les arrêts des mouvements inutiles, les encouragements pour les mouvements heureux seront énormément facilités et l'éducation pourra être encore plus rapide. De nombreuses études résumées en particulier dans le livre de M. Woodworth sur le mouvement, 1903, ont montré que par des procédés d'éducation de ce genre, un homme normal pouvait modifier énormément même ses actes les plus élémentaires, qu'il pouvait acquérir le contrôle de ses réflexes, modifier les fonctions de la miction, de la défécation, de la respiration, celle même de la circulation. Dans les leçons que je faisais en 1906 à Boston sur la psychothérapie, je rappelais à ce propos les expériences curieuses de M. Bair sur le mouvement volontaire des oreilles. Un homme ne remue pas normalement les pavillons de ses oreilles et cependant par une éducation appropriée, en associant le mouvement cherché avec des mouvements volontaires du front il peut y parvenir complètement. A plus forte raison l'éducation intelligente peut-elle transformer des mouvements des membres déjà complètement à notre disposition ; on sait que les hommes sont susceptibles d'apprendre des actions innombrables et qu'ils s'élèvent par l'éducation et l'instruction aux plus hautes opérations mentales. Ces opérations sont au début fort difficiles et réclament de grands efforts

conscients, mais elles deviennent par la répétition, grâce au mécanisme de l'habitude, de plus en plus faciles et rapides si bien qu'elles finissent par être exécutées correctement sans attention et presque sans conscience. L'éducation consiste ainsi dans la production et la répétition d'une action nouvelle, quand elle a lieu devant un témoin compétent qui la surveille, la corrige et la fait répéter jusqu'à ce que l'acte soit devenu non seulement correct, mais encore automatique.

Il n'en est pas moins vrai que cette acquisition de tendances nouvelles présente des difficultés considérables surtout quand on veut se servir de cette méthode de l'éducation pour transformer la conduite des névropathes. Il est facile de constater que, laissé seul, livré à lui-même, le malade n'arrive pas à s'éduquer, il reste aussi maladroit dans les mêmes circonstances, il n'acquiert pas les tendances qui devraient répondre correctement et automatiquement ; il ne parvient même pas à se rééduquer, quand il a perdu une tendance qu'il possédait autrefois d'une manière plus ou moins incomplète d'ailleurs. Pourquoi en est-il ainsi ? Le malade ne se rend pas compte exactement de la nature de ses troubles et de la nature de l'acte qui lui fait défaut. Même s'il arrivait à constater en lui-même cette lacune il ne sait comment s'y prendre pour y remédier, il ne sait pas le mécanisme de l'action qu'il cherche à acquérir, il ne sait pas la décomposer en ses éléments, ni répéter isolément les mouvements utiles, ni éliminer les mouvements inutiles, ni faire l'action avec cette tension qui fixe la tendance. Il en est réduit à la méthode d'acquisition par agitation incoordonnée qui ne peut aboutir à un résultat qu'avec un temps énorme, une dépense de forces considérable et de grands efforts d'attention pour saisir et arrêter au passage les moindres acquisitions et les conserver.

Cette éducation n'est possible que grâce à l'aide d'un maître qui montre exactement l'acte qui doit être acquis, et en dirigeant l'apprentissage diminue les dépenses nécessaires. Mais le maître qui est ici le médecin, peut-il reconnaître exactement l'acte qui fait défaut au névropathe et est-il bien capable d'apprendre au sujet à faire cet acte correctement ? On commence à peine à soupçonner que les troubles névropathiques sont la conséquence indirecte des insuffisances d'action et que l'émotion n'est qu'une agitation par dérivation à la place d'un acte d'adaptation insuffisant. Le plus souvent il est très difficile d'indiquer avec quelque précision l'acte qui fait défaut et quant à l'analyse de cet acte on sait qu'elle est rudimentaire. L'éducation réussit bien quand il s'agit d'actes artificiels que les hommes ont inventés eux-mêmes et dont ils connaissent assez bien le mécanisme. Un maître de ballet, qui a combiné une danse nouvelle en groupant des éléments empruntés à des danses anciennes, l'enseignera aisément. Ce qu'on enseigne à des enfants normaux ce sont presque uniquement des choses de ce genre, des sciences et des arts construits par des hommes et que les hommes comprennent bien. Il est dangereux de rapprocher comme on le fait souvent, l'éducation des malades névropathes de cette éducation des enfants dans les écoles, car l'enseignement n'a pas du tout le même objet. Il s'agit d'enseigner au malade non des arts inventés consciemment par les hommes, mais des actions naturelles, construites inconsciemment par les êtres vivants dans des âges très anciens avec des éléments que nous ignorons et des combinaisons que nous ne comprenons pas. Nous ne pouvons pas avoir la prétention de les enseigner comme on enseigne la danse ou les mathématiques. On n'enseigne bien que ce que l'on sait très bien et comme nous savons très mal la psychologie de la conduite, nous l'enseignerons très mal. Les sujets auront naturellement à remédier à cet enseignement défectueux par une tension psychologique plus grande et par une plus grande dépense de forces.

Ces éducations n'ont été jusqu'à présent pratiques que pour le rétablissement de quelques fonctions élémentaires chez les sujets dont l'activité générale était peu troublée. On a pu éduquer des mouvements, apprendre à marcher, à manger, à respirer, supprimer certains tics par l'éducation de l'immobilité, rééduquer même certaines fonctions sensorielles. Mais quand nous voulons dépasser maintenant ces tics et ces crampes, quand nous nous trouvons en présence des agoraphobies, des phobies de toutes espèces, des perversions génitales, des obsessions, des délires, allons-nous prétendre que nous connaissons exactement la tendance qui est troublée et que nous avons à rééduquer? Peut-on soutenir sérieusement que c'est la fonction de la parole qui est troublée chez le timide, ou celle de la marche qui est altérée chez l'agoraphobe? Et quand il s'agit d'un délire, suffit-il de dire qu'il y a une altération de l'attention? Mais les psychologues d'aujourd'hui ne savent plus très bien si l'attention est une fonction spéciale, si même il existe une opération qui corresponde à l'ensemble des faits grossièrement rangés sous le nom d'attention, il y en a même qui veulent supprimer ce mot « attention » du vocabulaire psychologique. Les médecins vont-ils pouvoir rééduquer cette attention sur laquelle nous savons si peu de choses? Les insuccès thérapeutiques ne doivent pas nous surprendre.

Il est vrai cependant que ces réflexions ne sont pas absolument décourageantes : elles nous montrent que les insuccès de l'éducation ne viennent pas de la faiblesse du procédé, mais de l'ignorance de l'opérateur. Une connaissance approfondie de la physiologie de la marche permet de mieux rééduquer des tabétiques ; des progrès de la science psychologique qui nous feront mieux connaître les tendances impliquées dans les diverses conduites et leur mécanisme rendront plus tard l'éducation des névropathes plus facile et plus puissante.

Malheureusement nos recherches précédentes sur la nature de l'éducation nous font prévoir une autre difficulté bien plus grave. En admettant que nous sachions bien ce que nous voulons faire apprendre au malade, demandons-nous s'il va être capable de nous obéir et de l'apprendre. Apprendre une chose nouvelle, cela suppose une surabondance de forces capable de créer de nouvelles combinaisons de mouvements, de se dépenser en essais, capable de choisir et de fixer. Un traitement de ce genre demande des efforts sérieux et peut imposer au malade une fatigue excessive. Les exercices que l'on impose ne sont pas aussi simples et aussi naturels qu'ils le paraissent, il n'est pas exact qu'un homme normal possède toujours une disposition à maintenir pendant longtemps une immobilité voulue, ou une tendance à exécuter lentement des mouvements en les surveillant constamment : nous sommes loin de nous mouvoir de cette façon. Aussi n'est-il pas étonnant que l'on observe dans ces traitements des substitutions d'un tic à un autre, d'un accident délirant à un trouble de l'alimentation, des agitations et de l'épuisement.

Enfin il ne s'agit pas uniquement de la quantité des forces à dépenser, il s'agit de l'adaptation des forces au problème proposé, de la tension qu'il faut donner à ces forces. Un des grands caractères de l'abaissement de la tension psychologique caractéristique de nos malades c'est la diminution et la suppression de cette force d'acquisition, la cessation des adaptations et des acquisitions de connaissances nouvelles. Ce fait est bien manifeste dans l'amnésie continue de ces malades, dans leur incapacité à s'adapter à des situations nouvelles : « Je ne peux pas plus apprendre un morceau de vers nouveau que je ne puis m'habituer à mon appartement ou à ma femme. » Quand ils essayent de s'acclimater, de s'adapter à ces changements de situation, ils présentent des insuffisances, des fatigues, des angoisses ou des obsessions de sacrilège. Et vous voulez précisément leur demander une adaptation de ce genre particulièrement

difficile, malgré toutes vos préoccupations pour la simplifier. Vous allez simplement les épuiser par des efforts inutiles, augmenter leur dépression et leurs agitations.

En un mot, il est certain que l'homme peut acquérir par une éducation appropriée des tendances nouvelles et que cette acquisition sera facilitée par toutes les découvertes sur le véritable mécanisme des différentes conduites. Ce principe doit jouer un rôle essentiel en psychothérapie, mais il n'est pas suffisant : Presque toujours sauf dans des cas particulièrement simples, le problème de l'acquisition des tendances se complique par le problème de l'acquisition des forces.

2. - L'augmentation des forces

[Retour à la table des matières](#)

Il ne s'agit pas de spéculation philosophique sur les forces vitales, il s'agit d'une simple constatation pratique. Le mot force n'est ici que l'expression de la possibilité des actions : les forces sont moins considérables quand un individu ne peut plus agir autant qu'il le faisait autrefois et quand il présente les troubles des diverses dépressions ; les forces sont plus considérables quand cet individu redevient capable d'agir davantage, de marcher plus, de parler plus, de lire, d'étudier plus qu'il ne faisait, quand il ne présente plus les impuissances d'action qui caractérisaient les troubles névropathiques.

En fait de telles augmentations de force se présentent fréquemment à notre observation puisque nous voyons souvent des malades atteints d'épuisement et de dépression qui guérissent soit momentanément soit d'une manière durable. Les névroses dépressives ne sont pas nécessairement incurables, mais si elles sont susceptibles de récurrences, ce qui est malheureusement fréquent elles présentent d'ordinaire des arrêts, des guérisons naturelles dont il est nécessaire de tenir compte. En dehors même de la guérison proprement dite on observe souvent au cours de la maladie des moments que les malades appellent quelquefois « des instants clairs où la lumière cesse de s'éloigner », pendant lesquels les troubles disparaissent et les actions reviennent possibles. Quand ces ascensions sont rapides elles ressemblent à des sortes d'ivresses passagères, et donnent naissance à des sentiments sérieux d'exaltation, de bonheur indicible, analogues mais de sens inverse aux sentiments d'incomplétude de la dépression : « C'est drôle, tout d'un coup je suis moi, je reconnais le son de ma voix, j'ai la confiance et la paix du cœur ».

Nous pouvons remarquer en passant que ce sont des faits de ce genre sur lesquels ont été fondées les singulières théories religieuses de la conversion auxquelles William James attachait tant d'importance. Il est probable que les prétendus convertis dont il parle et dont il décrit les sentiments extatiques étaient tout simplement des déprimés méconnus qui, au cours de cérémonies religieuses, sous des influences quelconques présentaient des phénomènes d'excitation plus ou moins durable et des sentiments de joie ineffable. Si ces faits ne sont pas importants pour la théologie, ils restent à mon avis très importants pour la psychiatrie. Ces instants clairs avec

relèvement momentané des forces nous présentent un problème aussi intéressant que celui de la guérison elle-même. Nous devons non seulement étudier le mécanisme de la maladie, de la dépression mais encore nous devons chercher à préciser les influences qui déterminent ces relèvements des forces.

Dans bien des cas ces augmentations de forces sont en rapport avec des phénomènes que nous avons déjà analysés, des guérisons de maladies et surtout des repos, des économies qui sont faites à l'insu du malade et du médecin. Il n'est pas impossible que bien des névroses d'allure périodique dépendent de certaines alternatives de travail exagéré amenant les troubles de la dépression elle-même et amenant la guérison: ce cycle une fois commencé se reproduit indéfiniment.

Cette explication n'est pas suffisante pour tous les cas, il y en a où l'augmentation des forces se produit accidentellement et momentanément avant que le repos n'ait été suffisant ; dans ces cas le changement semble en rapport avec certains phénomènes physiques extérieurs ou avec certaines conduites du malade. Les plus remarquables de ces changements semblent en rapport avec l'ingestion de certaines substances que l'on a désignées sous le nom de substances excitantes ou enivrantes, ils surviennent après l'absorption de l'alcool, de l'opium, de la cocaïne par exemple.

Ces diverses substances dont la liste est considérable sont en réalité des poisons : elles ne peuvent pas être employées comme des aliments et aux doses élevées elles déterminent toujours des troubles graves et même la mort. Mais absorbées à de petites doses, différentes bien entendu pour chaque substance, elles déterminent des effets tout à fait différents et bien singuliers. Le plus souvent ces phénomènes méritent le nom d'ivresses : ils consistent dans diverses variétés d'agitation motrice ou mentale. Les mouvements, les paroles, les représentations sont considérablement augmentées, mais il y a en même temps un désordre caractéristique. Il y a excès de la quantité et en même temps un certain abaissement de la tension. Dans bien des cas quand il s'agit de névropathes primitivement dans l'état de dépression, ce désordre n'est pas manifeste. Ces malades n'arrivent que très difficilement ou même jamais à l'ivresse proprement dite. Une des grandes objections que font toujours les alcooliques à ceux qui essayent de les réformer « c'est qu'ils ne se grisent jamais, c'est qu'ils supportent admirablement l'alcool ». Non seulement l'alcool ne détermine pas chez eux les troubles de l'ivresse, mais il réussit souvent à faire disparaître les troubles précédents et à restaurer l'activité normale : « C'est drôle, disait un malade de ce genre, c'est quand je devrais être saoul que j'entre dans la vie normale : je sens alors la faculté de faire ce que je veux, je deviens infatigable, je peux me tracer un programme et le suivre, tout va comme sur des roulettes » ; un autre parle de même : « Je ne suis vraiment un homme raisonnable et correct que lorsque je suis saoul ». Ce sont ces modifications psychologiques déterminées par les ivresses qui sont le véritable point de départ de l'alcoolisme : il est nécessaire de les bien comprendre si l'on veut lutter contre ce fléau ¹.

Des modifications du même genre peuvent se présenter après l'alimentation, la respiration, mais il faut élargir le problème en considérant que ces transformations peuvent apparaître après un très grand nombre d'actions différentes. Dans notre étude précédente nous avons constaté que les actions déterminent dans l'organisme des dépenses et peuvent amener la ruine. Il est curieux de remarquer maintenant que les actions, et souvent les mêmes actions, peuvent avoir sur des malades un effet tout

¹ Les médications psychologiques, III, p. 344.

contraire. Des circonstances qui ont obligé le sujet à une action et à une dépense semblent apporter un bénéfice notable et accroître les forces. On observe le fait après des actions de toute espèce, après des cérémonies religieuses, des actions sociales aussi bien qu'après des mouvements violents ou des adaptations à des changements.

J'ai toujours gardé le souvenir d'un incident bizarre qui m'avait autrefois bien surpris : Une femme de 40 ans, Bn, retombant pour la troisième fois dans une grande dépression, était fort malade depuis plusieurs mois et semblait encore loin de la fin de la crise. Elle dînait seule avec sa nièce, jeune femme, à la dernière période de la grossesse, quand celle-ci d'une manière inattendue fut prise des douleurs de l'accouchement. Bn. fut obligée de la soigner et, en attendant un secours qui arriva trop tard, de faire tout l'accouchement. Elle se sentit surexcitée et resta complètement rétablie de cette dépression mélancolique. Des observations du même genre nous montrent que les dangers auxquels les malades sont exposés n'ont pas toujours des effets fâcheux. La guerre qui a fait beaucoup de mal à beaucoup de névropathes en a étonnamment relevé quelques-uns et des malades déprimés, douteurs, phobiques sont devenus des soldats héroïques. Un écrivain pittoresque Töppfer quand il décrivait ses voyages en Suisse, faisait cette réflexion : « C'est bien dommage que le danger soit une chose au fond si dangereuse, sans quoi on s'y jetterait rien que pour éprouver cette joie puissante, ce reconnaissant élan du cœur qui accompagne la délivrance ». Marro dans son livre sur la puberté disait aussi : « Celui qui a surmonté un danger est semblable à celui qui a traversé une maladie infectieuse, il est vacciné. »

Si on ne considère les aventures amoureuses qu'au seul point de vue de l'hygiène mentale, on ne peut pas toujours les blâmer, même compliquées et dangereuses elles ont souvent été le point de départ d'excitations favorables : « On se battait, c'étaient des scènes épouvantables, je risquais tous les jours d'être tuée, c'est là vivre. J'ai toute ma vie aimé les aventures, le mystère, l'inconnu, j'en ai besoin, je ne peux pas vivre dans cette vie monotone, calfeutrée, j'en perds la tête ». La maladie, la mort des parents, la perte d'un être aimé n'est pas toujours le point de départ d'une grande dépression, elle peut relever les forces et le courage : « Après la mort de mon père les chagrins réels ont fait disparaître les peurs imaginaires et m'ont fait retrouver la santé et la volonté ». On voit par là que même des actions difficiles et pénibles peuvent avoir ce même effet salutaire.

Une vérification curieuse de l'effet de l'absorption de substances enivrantes ou de ces actions excitantes nous est fournie par l'étude des impulsions. Des malades qui présentent de la dépression ont souvent des obsessions ou des impulsions d'un genre particulier. Ils expriment constamment la pensée et le désir de certains actes dont l'exécution leur ferait le plus grand bien et rétablirait l'intégrité de leurs forces morales : « Je suis inachevée, il me faut quelque chose qui me donne le coup de pouce, le feu sacré et je sais bien ce qu'il faudrait faire ». Plus ils souffrent de leur dépression, plus ils se sentent poussés à accomplir cet acte libérateur. Tandis que les impulsions en rapport avec les obsessions ordinaires, par exemple les prétendues impulsions au crime des obsédés scrupuleux, ne sont pas suivies d'exécution réelle ou n'arrivent qu'à des débuts d'actes insignifiants, ces impulsions à des actions excitantes et considérées comme salutaires sont bien plus souvent réalisées et donnent lieu souvent à des actions dangereuses ¹. Les impulsions de ce genre sont très variables et il est impossible de les énumérer toutes. On peut mettre dans un premier groupe les impulsions qui sont caractérisées par la recherche d'un acte élémentaire, c'est ainsi que l'on

¹ Obsessions et psychasténie, 2e édition, 1908, p. 56, 59.

réunira les dipsomanies, les morphinomanies, les diverses toxicomanies, les impulsions à manger avec excès, les impulsions à la recherche de la douleur, les impulsions à la marche et au mouvement excessif, les recherches de l'excitation sexuelle qui donne naissance aux diverses formes de l'érotomanie.

Dans un second groupe plus considérable encore nous placerons toutes les recherches de l'excitation par des actes sociaux, les impulsions si fréquentes à la domination, les manies de la taquinerie, de la bouderie, les manies des scènes, les manies de la méchanceté, de la cruauté, etc. Les impulsions à l'amour ne sont pas toujours uniquement des érotomanies, il y entre souvent le besoin de toutes sortes d'excitations sociales. Les névropathes sont d'ordinaire scrupuleux et très peureux, aussi est-on étonné de voir chez quelques-uns un goût singulier pour les aventures peu morales et pour les expéditions dangereuses. On retrouve ce besoin dans les impulsions amoureuses. Emma note bien ce détail dans l'excitation que lui donnent les rendez-vous galants : « Oui, la chair est faible, mais ce n'est pas là l'essentiel. L'émoi et la honte que me donne la moindre peccadille sont si délicieux que je ne puis me blaser sur cette tentation du péché. C'est agréable parce que l'on sent que ce n'est pas bien, cela vous donne une crainte, un remords avec gros battement de cœur qui vous laisse la paix du cœur et la confiance dans la vie pour longtemps ». Voilà une phrase que le moraliste ne comprendra guère, mais le psychologue sait bien que la dépression douloureuse avec ses doutes, ses inquiétudes et ses angoisses n'est pas en raison directe du remords et qu'elle existe avant le péché. Le péché lui-même et les remords peuvent au contraire exciter l'esprit, faire disparaître la dépression et ramener la paix du cœur. A un autre point de vue nous retrouvons l'excitation par le danger social dans un groupe de faits fort intéressant, les kleptomnies et surtout les vols dans les grands magasins ; nous aurons à revenir sur ce point pour montrer l'état psychologique qui joue un rôle essentiel dans cette impulsion.

Il est juste de constater chez ces malades un groupe d'impulsions d'un ordre plus élevé, ce sont des impulsions à l'exercice exagéré et quelquefois tout à fait déréglé des tendances les plus élevées de l'esprit, les tendances religieuses, morales ou même scientifiques. Nous retrouvons dans ces impulsions les mêmes caractères. Dans certaines scènes d'enthousiasme religieux, comme dans les « revivals » décrits par W. James on peut noter un relèvement, une guérison, à la suite de pratiques ou de sentiments d'ordre uniquement religieux. Il est évident que beaucoup de ces malades considèrent la religion comme un tonique et un remède : ils se jettent dans le délire de la croix et poursuivent Dieu pour qu'il les relève. La recherche de la perfection morale peut jouer le même rôle que les pratiques religieuses et il n'est pas facile de montrer qu'elle peut devenir impulsive chez les déprimés. Les déclamations morales sont fréquentes : « Je suis à un moment où l'on a besoin d'avoir quelque chose de grand à accomplir, cela me guérirait ». On retrouve la recherche de l'excitation intellectuelle dans les rêveries romanesques, dans les manies de la lecture chez ces névropathes « qui ont des impulsions à avaler des bibliothèques », dans les manies d'écrire des nouvelles, des romans ; elle joue un grand rôle dans les graphomanies décrites par M. Ossip Lourié. On les retrouve, hélas ! dans les études de psychologie et de philosophie, et la métaphysique leur doit l'édification de bien des systèmes.

Sans doute la plupart de ces impulsions sont très dangereuses, elles déterminent des intoxications ou elles entraînent le malade dans des situations déplorables. Au point de vue de la santé nerveuse, elles amènent des actes interminables qui ne peuvent aboutir à rien et qui augmentent encore l'épuisement. Le grand inconvénient de ces impulsions, c'est leur étroitesse, leur exclusivisme ; l'un se figure trouver le

bonheur dans la boisson ou dans le vol, l'autre dans l'amour d'une certaine personne et chacun est incapable de rien concevoir en dehors, tellement son esprit est rétréci ; nous retrouvons ici les défauts habituels de l'action des déprimés, leur manque de réflexion, leurs accrochages, leur incapacité de résignation et de changement, leurs manies des efforts et leurs entêtements : « On me croit très énergique parce que je ne cède jamais, je travaille indéfiniment à mes fins même quand il est évident que je ne peux aboutir à rien. » Ces dangers de l'acte des impulsifs sont donc en quelque sorte accidentels : ils résultent de la manière maladroitement dont ils ont été exécutés.

Aussi quand on a bien constaté ces inconvénients et ces dangers ne faut-il pas immédiatement conclure que ces impulsions des malades sont complètement absurdes et ne présentent jamais pour eux aucune utilité. Elles ne seraient pas si fréquentes et ne subsisteraient pas si longtemps si elles n'avaient réellement aucune valeur. Si nous les voyons toujours ridicules ou dangereuses, c'est que nous sommes peut-être placés dans de mauvaises conditions d'observation. Le médecin n'observe ces impulsions que chez le malade qui le consulte à leur propos, c'est-à-dire qui en ressent les mauvais effets : en un mot, nous n'observons les impulsions que lorsqu'elles ont raté leur effet. Si par hasard quelque-une de ces impulsions avait une action favorable et tirait le sujet de sa dépression, il ne viendrait pas chez le médecin pour s'en plaindre et nous ne le verrions pas à ce moment. Pour se rendre compte des effets de certaines impulsions, il faut les étudier chez des malades qui ne s'en plaignent pas, chez qui elles existent à l'insu du médecin, ou bien examiner leurs effets antérieurs avant qu'elles ne soient devenues aujourd'hui inutiles ou néfastes. Si on se place dans ces conditions, on est obligé de constater qu'un grand nombre des impulsions précédentes ont eu au moins pendant un certain temps de bons effets et qu'elles ont réconforté le malade et supprimé ou diminué sa dépression.

J'ai déjà cité dans un travail précédent beaucoup d'exemples de ces améliorations au moins passagères déterminées par ces actions que les malades se sentent poussés à accomplir. L'observation d'une impulsion au vol dans les grands magasins sur laquelle j'ai longuement insisté¹ me paraît sur ce point tout à fait démonstrative. En résumé, disais-je pour conclure, deux crises de dépression mentale exactement calquées l'une sur l'autre se prolongeant huit à dix mois. Une troisième crise commençant de la même manière est interrompue pendant une période de huit mois dans laquelle domine l'impulsion au vol et elle recommence dès que cette impulsion est arrêtée. On peut facilement vérifier sur ce cas les rapports étroits qui unissent l'impulsion à la dépression et on peut constater comment l'impulsion tire sa force du besoin d'excitation qui se développe au cours de la dépression à la suite des sentiments d'incomplétude et comment elle fait disparaître la dépression elle-même.

Des observations de ce genre pourraient être indéfiniment multipliées, elles ne sont pas sans intérêt. Elles nous montrent que beaucoup de personnes peuvent être en réalité faibles et conserver cependant leur santé morale grâce à des actions plus ou moins raisonnables et correctes qui jouent le rôle d'excitants et qu'elles tombent malades dès que ces excitants disparaissent. La débauche, le jeu, l'exercice du pouvoir, la recherche de l'amour, les intrigues de toutes espèces, la recherche du succès, aussi bien que les travaux littéraires ou scientifiques soutiennent bien des gens et leur épargnent la déchéance et la dépression. La poursuite de ces excitations nous paraît tout à fait naturelle tant qu'elle se présente chez des individus qui conservent leur tension normale, c'est-à-dire tant qu'elle réussit ; nous la qualifions d'impulsion

¹ Journal de psychologie, 1911, p. 97.

pathologique, quand elle devient insuffisante, quand elle ne réussit plus. Le psychologue n'a pas le droit de mépriser complètement ces impulsions des psychasténiques parce qu'elles sont devenues actuellement mauvaises et absurdes. Il ne doit évidemment pas les encourager quand elles ont pris cette forme dangereuse et il ne s'agit pas de pousser Mme V. à recommencer ses vols au grand magasin. Mais il faut rechercher ce qui a été bon, ne fût-ce qu'un moment dans ces impulsions, ce qui les a rendues utiles afin d'arriver à conserver, si c'est possible, et à utiliser cet élément favorable.

En un mot, tous les actes peuvent devenir le point de départ d'une excitation favorable. Une observation banale peut résumer les remarques précédentes : on sait que la plupart de ces malades ont une mauvaise période dans la matinée quand ils sortent du sommeil et qu'ils sont ordinairement améliorés au cours de la journée et dans la soirée. Il est probable que des influences complexes déterminent cette modification, la nourriture, la lumière doivent jouer un rôle ; mais il faut aussi tenir compte de l'accumulation des actions mêmes petites que le malade est obligé de faire et qui amènent peu à peu une excitation à la fin de la journée. Tandis que nous avons vu précédemment que les actes et surtout que les actes difficiles épuisent et dépriment nous voyons que dans d'autres observations les mêmes actes peuvent avoir une influence tout à fait inverse : il y a là une contradiction qui soulève un important problème de psychologie.

3. - Les trois principes de l'excitation

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons étudié précédemment la dépense amenée par une action, il nous faut comprendre maintenant le bénéfice qu'elle peut rapporter. Dans l'étude plus complète que j'ai faite sur ce sujet j'ai montré que certains actes sont utiles par la liquidation et la décharge qu'ils déterminent, que d'autres permettent l'organisation de tendances avantageuses et économiques dans l'avenir. Mais le bénéfice immédiat qui apparaît dans l'excitation dépend d'un autre mécanisme.

Nous pourrions désigner le premier principe de l'excitation sous le nom de *principe de la mobilisation des forces*¹ et placer cette conception sous le patronage de William James parce qu'elle est inspirée par son livre plein d'aperçus intéressants. « The energies of man ». Non seulement l'homme normal, mais même le malade le plus déprimé est capable de déployer sous la pression d'événements graves une activité tout à fait inattendue et très disproportionnée avec la minime quantité de forces dont il paraissait disposer l'instant précédent. Cela montre que l'homme n'a pas constamment à sa disposition toutes les forces qu'il possède et qu'il garde en réserve quelque part une grande quantité de forces. La grandeur de ces réserves doit être variable : il est probable que certains ne gardent pas assez de forces en réserve et que d'autres en gardent trop ; mais tous en conservent une quantité beaucoup plus grande

¹ Cf. Les médications psychologiques, III, p. 213.

qu'on ne le croirait d'après leur conduite ordinaire. Où sont placées ces réserves ? On ne peut répondre au point de vue anatomique, car on sait fort peu de chose sur l'origine des forces dépensées dans l'action. Au point de vue psychologique on peut dire que les réserves sont placées dans les tendances latentes, qui sont prêtes à fonctionner avec une force déterminée au moment de la stimulation.

Une tendance n'est pas seulement une disposition à produire une série de mouvements déterminés à propos d'une stimulation déterminée. C'est encore une réserve d'une quantité déterminée de force capable de produire dans de bonnes conditions cette série de mouvements. Au moment où une tendance est formée, il ne faut pas seulement organiser la série des mouvements, il faut encore déposer en réserve la quantité de force qui constitue la dotation de la tendance. C'est là une des raisons de la difficulté et de la dépense que présente l'organisation d'une tendance nouvelle. La grandeur de cette dotation est variable suivant la tendance considérée : elle semble évidemment être beaucoup plus considérable pour les tendances primitives et fondamentales et beaucoup plus réduite pour les tendances supérieures et récemment formées. La douleur, tendance à l'écartement, la peur, tendance à la fuite, la colère, tendance à l'attaque, la tendance à l'alimentation, la tendance sexuelle ont évidemment une forte charge. Au contraire, les tendances rationnelles et morales ont reçu malheureusement une très petite dotation.

L'activité actuelle d'un individu, la quantité de force dont il peut disposer dans son action ne dépend pas de l'énergie totale déposée dans ses réserves, mais de l'énergie actuellement disponible, de celle qui est actuellement mobilisée suivant la tendance qui est éveillée. Les réserves de notre instinct vital, ou de notre instinct sexuel ne bougent pas quand nous nous efforçons de faire attention à un raisonnement mathématique, et nous pouvons nous montrer à ce moment très pauvres tout en étant riches par ailleurs. On pourrait encore à ce propos reprendre notre comparaison : le travail d'une entreprise industrielle ne dépend pas uniquement de son capital total, mais de son capital circulant, de son fond de roulement. Cette entreprise peut avoir de grandes richesses en réserves immobilisées dans des bâtiments, des machines, dans des placements financiers, dans des créances difficiles à recouvrer, et elle ne peut disposer à un moment donné que de peu d'argent liquide ; elle peut même pendant de longues périodes se trouver gênée, obligée de se restreindre et incapable de faire les grandes dépenses qui seraient utiles. Il se peut et c'est l'idée qu'exprime W. James que l'esprit des névropathes soit souvent dans la même situation : qu'il ait en réserve des richesses considérables mais difficiles à atteindre et qu'il se trouve actuellement réduit à une quantité d'énergie disponible insuffisante, tout en ayant des énergies considérables en réserve immobilisées.

Dans des cas de ce genre il est très important que les réserves puissent être mobilisées et un événement grave qui les force à sortir de leur cachette peut rendre les plus grands services. Dans l'usine, un accident comme un incendie ou un déplacement nécessaire peut forcer à faire appel aux assurances, à ouvrir des caisses spéciales, à rappeler des créances. Il est bien probable que les réserves d'argent ainsi mobilisées dépasseront les besoins immédiats dépendant de l'accident lui-même.

L'argent ainsi mis au jour ne servira pas uniquement à réparer les effets de l'accident, il circulera dans tous les services et ramènera partout la prospérité. Le sentiment d'un grand danger, ce qu'on appelle une grosse émotion, peut avoir le même effet sur l'esprit : il nous force à faire des actes énergiques qui ne peuvent se produire sans faire appel au capital de réserve, qui mobilisent de grandes forces. Par suite de ce

chargement dans la répartition des forces toute l'activité se trouve immédiatement transformée.

Cet appel aux réserves aura d'autant plus de succès qu'il s'adressera à des tendances plus riches, plus fortement chargées, et comme on l'a vu, plus élémentaires. Les malades remarquent eux-mêmes qu'une petite contrariété les trouble et les épuise beaucoup, tandis qu'un gros malheur leur rend toute leur énergie. C'est que la petite contrariété n'éveille que des tendances supérieures à la résignation ou à la réflexion et que le grand malheur vient réveiller des tendances profondes, à la défense de l'honneur social, à la conservation de la famille, de la fortune, de la vie. La mobilisation était petite et insuffisante dans le premier cas, elle est énorme et surabondante dans le second.

On peut expliquer de la même manière l'action des substances enivrantes. L'introduction d'un poison dans l'organisme éveille l'instinct vital, met toutes les fonctions en garde et détermine comme le début d'une guerre une mobilisation de toutes les forces de l'organisme. Cela relève toute l'activité et si en réalité la dose de poison n'est pas très grande, cela détermine une surabondance de forces, plus ou moins bien utilisée suivant les cas. Mais, si l'ingestion du poison continue à doses croissantes, si la guerre se prolonge pendant trop longtemps, les réserves de l'organisme s'épuisent, l'intoxication et l'ennemi s'installent et la dépression devient telle que rien ne peut plus la supprimer.

Souvent en effet l'augmentation des forces à la suite d'une mobilisation de ce genre n'est que momentanée et elle est suivie d'un épuisement plus considérable, c'est ce que l'on observe communément chez les asthéniques qui, dans un danger, se haussent au-dessus d'eux-mêmes et qui retombent ensuite fort bas pendant longtemps. Je ne crois pas cependant qu'il en soit toujours ainsi ; j'ai rapporté beaucoup d'observations dans lesquelles ce relèvement des forces n'était pas suivi par un épuisement et déterminait une modification permanente. Le fait est certain, même s'il ne peut guère être expliqué. L'organisme semble construit de telle manière que certains réservoirs de forces doivent toujours être remplis. Nous avons des tendances qui doivent normalement rester chargées pour notre défense. L'instinct maternel, l'instinct vital, même quand ils viennent de fonctionner, se rechargent immédiatement pour être rapidement prêts à faire face à un nouveau danger. L'organisme est donc obligé de fournir rapidement des forces nouvelles pour combler le vide fait dans ses réserves. La dépense des réserves amène probablement une excitation de toutes les fonctions et, si elle n'est pas trop répétée, elle peut déterminer un fonctionnement vital plus intense qui fait disparaître l'état d'asthénie. C'est pourquoi cette mobilisation des réserves, qui présente évidemment des dangers, a quelquefois des effets avantageux et durables.

Cependant cette conception de la mobilisation des forces mises en réserve dans les tendances inférieures ne suffit pas pour résoudre le problème de l'excitation, il est nécessaire de lui ajouter le second *principe de l'équilibre psychologique*.

Chez un malade déprimé l'augmentation des forces ne suffit pas toujours pour rétablir l'activité normale. Quand cette affluence de forces se produit seule, on observe un autre phénomène, celui de l'agitation, on constate les troubles que nous venons de voir dans l'ivresse, une surabondance de conduites inférieures, exagérées et inutiles sans organisation, ni perfection. Il n'est pas toujours exact que les névropathes et les aliénés fassent immédiatement des progrès moraux quand ils ont été reposés et

fortifiés, Moreau (de Tours) remarquait déjà autrefois que certains malades ont des délires furieux après une bonne nuit de sommeil et qu'ils restent calmes s'ils n'ont pas dormi. J'ai eu l'occasion dans mon dernier livre sur « Les médications psychologiques » de décrire bien des cas de ce genre ¹. Au cours de certains traitements reconstituants par des toniques divers on observe une augmentation de poids, une amélioration visible des forces qui permettent des actions plus puissantes, plus longues, plus rapides et en même temps une augmentation des souffrances, des obsessions, des délires.

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 grand nombre d'autres. Un 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, 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, température de 39 et 41 pendant plusieurs jours, suppression à peu près complète de l'alimentation et il doit supporter fréquemment des petites opérations très douloureuses. 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 aucune, anxiété et, quoiqu'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 souffrances physiques, dit-il, 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.

On observe des faits analogues chez beaucoup de malades : une grippe, une fièvre typhoïde, un érysipèle déterminent une sédation étonnante des troubles nerveux. On connaît beaucoup d'observations de mélancoliques momentanément guéris par une fièvre typhoïde, d'obsédés anxieux tout à fait calmés par des maladies fébriles, d'épileptiques même très nombreux qui n'ont plus aucun accès pendant une pneumonie, ni pendant la convalescence. Après avoir constaté des faits de ce genre dans une de mes anciennes observations, j'avais supposé que dans quelques cas l'amélioration était due à la fièvre, à une excitation en rapport avec l'intoxication ². 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 et ne sont plus intoxiqués, mais quand ils sont encore affaiblis. Dans tous ces cas l'affaiblissement semble être une condition de l'amélioration morale ³.

C'est là ce qui explique le phénomène si curieux de la décharge bien des troubles nerveux, les crises convulsives, les crises de pleurs, les grandes agitations semblent être de grandes dépenses de forces. Comment se fait-il que souvent, à la suite de ces phénomènes critiques, on observe une certaine amélioration au moins apparente ? Combien de fois ne voit-on pas des malades agités, anxieux, plus ou moins délirants

¹ Les médications psychologiques, 1919, II, p. 94.

² État mental des hystériques, 2^e édition, 1911, pp. 558-609.

³ Les médications psychologiques, 1919, II, p. 298.

qui tombent dans des crises convulsives, qui hurlent et se débattent pendant des heures, puis qui se relèvent sans doute avec une certaine fatigue, mais avec un sentiment de calme délicieux, plus heureux et en réalité plus normaux qu'avant la crise. Bien des femmes à la suite d'une émotion, d'un tracas quelconque sentent qu'elles ont besoin de remuer, de crier, de faire un exercice violent et déclarent qu'elles se porteraient bien mieux si elle pouvaient casser quelque chose. Elles n'ont pas absolument tort, car des exercices violents, qu'ils soient ou non recherchés volontairement, peuvent avoir des résultats identiques à ceux de l'attaque et dans plusieurs observations des malades savent calmer leurs doutes et leurs angoisses par quelque grande dépense de forces.

Quelques auteurs en petit nombre, comme Ch. Féré, se sont déjà préoccupés de ces faits et ont essayé de leur donner une explication physiologique en disant que le système nerveux ne peut supporter une grande tension et qu'il se décharge aussitôt que cette tension monte. Il me semble inutile et dangereux de traduire immédiatement ces faits psychologiques en un langage physiologique actuellement 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 avantageux, grâce à la mise en réserve qui résulte des derniers degrés de l'activation permet d'utiliser de grandes forces disponibles. 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 les dissiper d'une manière quelconque, de manière à rétablir la proportion entre la force et la tension qui 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.

Dans les traitements on ne s'intéresse guère 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 d'activation des tendances supérieures. Or c'est là une erreur, car les maladies nerveuses ou mentales, bien qu'elles soient souvent accompagnées de faiblesse, sont autre chose qu'un simple affaiblissement organique ou musculaire. La simple faiblesse, 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, on suppose par sous-entendu, que la tension 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, on ne prépare que l'agitation et le désordre. Il faudra de plus en plus se préoccuper également de l'élévation de la tension pour rétablir l'équilibre psychologique.

Le rétablissement de l'état normal n'admet pas un relèvement inégal et partiel des fonctions. Il suppose que toutes les fonctions se relèvent en même temps : c'est ce que l'on peut indiquer par le troisième principe, le principe de *l'irradiation* ou de *la syntonisation psychologique*.

L'esprit possède des mécanismes qui accordent les diverses actions les unes avec les autres, qui donne à la conduite une certaine unité de ton. Non seulement un acte énergétique met à notre disposition une quantité plus grande de forces mais encore, de diverses façons, il doit amener tout l'esprit à fonctionner avec une tension plus élevée. Il y a en nous des mécanismes, des tendances qui ont pour rôle d'élever ou d'abaisser la tension suivant les circonstances. Des modifications du système nerveux sympathique, des changements dans les sécrétions des glandes endocrines doivent jouer ici un rôle important, mais il faut d'abord bien connaître le phénomène psychologique, le changement de la conduite avant de pouvoir découvrir ses conditions physiologiques. Dès le début de la vie, l'être vivant sait faire l'acte de s'endormir et l'acte de se réveiller, et ces actes entre autres modifications déterminent de grands changements de la tension psychologique. Plus tard il sait également se détendre dans le repos, dans le jeu, dans la confiance et il sait se tendre, mettre toutes ses tendances dans un état d'érection, quand il y a difficulté, danger ou attente. Quand nous nous reposons, quand nous nous détendons au milieu d'amis, quand nous nous endormons, nous baissions la tension ; au contraire, quand nous commençons un acte, quand nous sommes en public, quand nous nous préparons à la lutte ou simplement quand nous nous réveillons, nous nous tendons davantage. Un acte important et surtout un acte réussi éveille justement ces tendances à prendre une attitude générale de haute tension. Le langage populaire connaît mieux que la psychologie, l'existence de ces phénomènes, quand il parle de « se la couler douce, de se mettre en veilleuse, d'être prêt à tout, d'être au cran d'arrêt ». A l'extrémité de ces phénomènes d'excitation se placent l'échauffement de la composition et l'enthousiasme créateur. Uri artiste me disait encore récemment qu'il a besoin de se mettre dans un état spécial pour composer, qu'il ne peut rien faire au début, puis que peu à peu il s'échauffe « qu'il a alors une vie triple de l'ordinaire » et qu'il est ensuite épuisé pendant plusieurs jours.

Dans toutes les observations précédentes nous voyons bien des faits qui peuvent se ranger sous cette conception. Les gens qui ont réussi un vol, l'homme qui a offert une libation au cabaret, ceux qui ont réussi à se faire obéir, ou simplement à faire souffrir, ceux qui ont obtenu un compliment prennent une attitude de vainqueurs et la conservent pendant quelque temps même en accomplissant d'autres actes. Cette remarque est si évidente que je la trouve faite souvent par les malades eux-mêmes. « Un compliment du général, dit Bf., h. 27, je me relève comme un cheval qu'on fouette, je reste plus énergique pendant plusieurs jours car je reste un homme que le général félicite. » « Il faut, dit Zob., f. 50, que ma fille me dise tout le temps : vous êtes la plus adorable des femmes et tout le monde vous adore. Cela me fait tenir relevée comme une femme qu'on adore au lieu d'être affaissée comme une femme écrasée par le mépris. » Le vol est un succès pour Lov., f. 38, qui a lu beaucoup de romans policiers et qui se félicite d'être si adroite : « Oh ! La peur d'être vue, la lutte contre le danger, ma conscience qui me dit : Qu'est-ce que tu fais ! et le triomphe ! tout cela me fait relever la tête, me donne les yeux brillants et je reste sous cette

impression ». Dans toutes ces observations la tension nécessitée par l'acte a déterminé une attitude générale de tension qui a persisté pendant un temps plus ou moins long. Il y a un phénomène que l'on pourrait appeler *une irradiation psychologique* et il serait juste de l'opposer au phénomène de la dérivation que nous avons étudié dans la dépression.

La mise en circulation des forces peut donc amener dans certaines conditions favorables que nous aurons à rechercher une nouvelle répartition des forces. Quand il y a de grosses dépenses il peut y avoir en même temps des placements avantageux : un acte d'un niveau plus élevé peut être obtenu et il détermine une modification du niveau de tout l'esprit. C'est l'ensemble de ces modifications de la conduite qui constitue *l'excitation* et qu'il ne faut pas confondre avec l'agitation. L'excitation consiste essentiellement en une élévation rapide de la tension psychologique au-dessus du degré qui est resté le même pendant un certain temps. Cette élévation doit évidemment se présenter de deux manières différentes : ou bien il s'agit d'une élévation réelle au-dessus du niveau moyen qui caractérise les esprits que nous considérons comme normaux. Cette excitation doit correspondre alors aux phénomènes que l'on désigne sous le nom d'enthousiasme, d'inspiration ; elle doit jouer un rôle dans les œuvres du génie, dans les inventions et dans le progrès de la pensée, mais elle est peu connue et ne joue guère de rôle dans ces études de thérapeutique. Une autre excitation a été plus étudiée, c'est celle qui se présente chez les malades et qui relève simplement la tension préalablement abaissée jusqu'au niveau moyen considéré comme normal. Les augmentations des forces, les grandes lois de la mobilisation, de l'équilibre, de l'irradiation psychologique rendent cette transformation possible.

4. - Les excitations dans les psychothérapies

[Retour à la table des matières](#)

Ce sont ces excitations qui plus ou moins consciemment sont recherchées et utilisées dans plusieurs traitements psychologiques. Dans plusieurs d'entre eux, on les utilise sans bien se rendre compte de leur véritable nature, en les dissimulant sous d'autres noms. Nous venons d'observer en étudiant l'action morale en général, que bien souvent les guérisons miraculeuses aux sources sacrées ou dans le cabinet du magnétiseur dépendaient d'une excitation nerveuse et morale déterminée chez un individu par le rôle qu'on lui faisait jouer.

L'observation que nous venons de faire peut être répétée à propos de bien d'autres traitements d'apparence plus scientifique. Beaucoup de traitements physiologiques qui relèvent la santé générale, activent la digestion, la circulation, les sécrétions glandulaires déterminent une activité vitale plus intense. Le malade reprend confiance en lui-même, devient capable d'agir davantage et relève sa tension, ce qui change toute sa conduite et supprime un grand nombre de symptômes névropathiques. Beaucoup de substances, comme on l'a vu, agissent par leur pouvoir enivrant : sans doute elles sont dangereuses et il faut lutter contre l'intoxication déterminée par l'abus. Il

faut aussi lutter contre l'exclusivisme de l'impulsion, chercher d'autres sources variées d'excitation, faire sentir au malade qu'il y a des excitations d'ordre mental comme des excitations physiologiques et sur-tout diminuer le besoin d'excitation en diminuant la dépression elle-même. Mais cela fait, il ne faut pas supprimer complètement ces substances excitantes qui ont leur rôle dans la tonification psychologique sans se demander par quoi on va les remplacer. L'opium qui dans certains pays joue le rôle d'excitant populaire est considéré par les médecins comme un médicament et il est donné assez largement dans les troubles mélancoliques, il peut rendre des services dans la plupart des dépressions, Le médicament qui semble aujourd'hui avoir le plus de vogue pour déterminer l'excitation, est surtout la strychnine : des études récentes ont montré que l'on pouvait avec avantage augmenter les doses habituelles de ce médicament. Mais l'alcool est un médicament comme l'opium et la strychnine et il ne faut pas avoir honte de permettre un peu de vin, quand on ordonne la strychnine la tête haute.

Les procédés de traitement par l'éducation présentent une difficulté, c'est qu'ils exigent au début des efforts et des dépenses. Il n'y a pas d'éducation sans commandement, sans encouragements, sans exemples, sans menaces même. Le rôle d'éducateur ne se borne pas à indiquer les actes, mais il consiste à les faire faire et à donner la force de les faire : le meilleur éducateur est celui qui sait exciter.

C'est surtout dans le traitement par la liquidation, qui est le fond des traitements de la psycho-analyse, que l'excitation indirecte joue un grand rôle. Nous avons compris que cette liquidation amenait à sa suite de grandes économies qui permettaient la restauration des forces. Mais comment se produit la liquidation elle-même qui supprime l'idée fixe de l'événement traumatique et tout le travail interminable de l'obsession ? Comment la réapparition du souvenir dans la conscience l'expression de ce souvenir peut-elle en arrêter l'évolution ? Sans doute cette expression difficile et pénible amène une décharge des forces mobilisées autour de ce souvenir. Mais pourquoi la réminiscence traumatique, une fois déchargée par l'aveu, ne se recharge-t-elle pas immédiatement ? 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 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 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 arrêté des crises déterminées par des problèmes actuels en aidant le sujet à faire les actes externes nécessaires, il faut maintenant l'aider à faire les actes internes en rapport avec les événements passés.

« Lorsqu'on a commis une faute ou une sottise, disait excellemment A. Forel, on doit se hâter 1° de réparer tout ce qui peut l'être, 2° de prendre des mesures préventives pour éviter sa répétition dans l'avenir et 3° de mettre le tout au panier. Nous devrions faire de même en ce qui concerne les fautes des autres. » Les 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 actions qu'il faut supprimer, des attitudes nouvelles à adopter et ce sont toutes ces actions qui liquident la situation et qui font que l'on s'y résigne. Une femme 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. Le médecin doit aider cette femme à cesser toutes ces actions absurdes, 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. Quand elle 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.

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 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, ou elle a pu l'exprimer sans l'accompagner de crises et d'hallucination que l'événement assimilé a cessé d'être traumatique. L'assimilation a été le résultat de tout un changement de conduite considérable et le sujet n'a pu faire ce travail qu'en s'excitant et en sortant de sa dépression. Le phénomène de l'excitation est à la base de tous les traitements par liquidation des idées fixes.

Dans d'autres traitements ce rôle de l'excitation est un peu plus apparent quoiqu'il soit encore souvent méconnu. Je veux parler des pratiques singulières de la métallothérapie, de l'aesthésiogénie, de la provocation des somnambulismes complets. Rappelons d'abord les faits essentiels : des névropathes présentant des accidents de toute espèce peuvent être transformés d'une manière assez rapide de manière à perdre tous leurs troubles à la fois et à reprendre leur santé normale. Ces transformations sont obtenues par des procédés en apparence variés, des passes, des applications sur la peau de diverses substances, des courants électriques, des exercices gymnastiques, des ordres et des discours relatifs à la sensibilité et à la mémoire. Ces transformations s'accompagnent de sentiments de confiance et de joie très caractéristiques ; elles sont cependant momentanées et se terminent par une rechute plus ou moins rapide et plus ou moins complète qui fait retomber le sujet dans son état maladif antérieur. Très souvent cette rechute est accompagnée par une amnésie portant sur la période heureuse précédente. Cependant ces transformations peuvent être obtenues de nouveau d'une manière en général plus facile et contribuent au rétablissement complet du malade. Comment faut-il nous représenter cet ensemble de phénomènes ou plutôt par quel lien faut-il essayer de réunir tous ces faits les uns avec les autres ? C'est là le problème de l'interprétation de l'aesthésiogénie.

Il est facile d'éliminer les suppositions des premiers auteurs qui admettaient trop facilement une action physique extérieure agissant sur l'organisme, des fluides, des actions magnétiques, de légers courants électriques. Aucune de ces actions n'a pu être démontrée d'une manière positive et d'autre part il a été prouvé jusqu'à l'évidence que l'on pouvait reproduire tous ces phénomènes sans faire intervenir aucun agent matériel. Il est malheureusement incontestable qu'il ne peut y avoir aujourd'hui que des théories psychologiques de ces phénomènes complexes.

J'ai longuement discuté l'interprétation par la suggestion qui ne rend compte que d'une partie des faits. Bien des détails de l'aesthésiogénie sont en opposition avec le mécanisme de la suggestion, Un fait surtout me semble essentiel : il y a dans le somnambulisme complet un changement considérable de la conduite tout entière qui me semble caractéristique. Ce qui m'étonne dans ce changement de conduite, ce n'est pas la complication de l'automatisme, c'est la diminution de l'automatisme et le développement de l'activité d'adaptation nouvelle. Les malades, comme je l'ai dit, deviennent moins suggestibles et il est déjà singulier que la suggestion rende moins suggestible et en outre l'activité pratique des sujets se transforme, il ne s'agit plus du développement d'un automatisme si complexe qu'on le suppose. Il s'agit d'actes nouveaux, non prévus, d'adaptations et de synthèses nouvelles dont le sujet devient de plus en plus capable à mesure que d'autre part il devient moins suggestible. Peut-on dire encore que tout cela se fait par suggestion ? Ce n'est possible, à mon avis, que si l'on donne au mot « suggestion » un sens très large englobant tous les phénomènes psychologiques possibles. Cela est inadmissible si on entend le mot ainsi que je l'ai proposé dans le sens précis de développement d'un automatisme préexistant. Je crois donc que l'on peut conclure sur ces rapports de la suggestion et de l'aesthésiogénie. La suggestion joue ici un rôle énorme, c'est évident. Elle détermine la forme que prend la transformation dans ses débuts, je crois même qu'elle détermine le début de la transformation, qu'elle la déclenche en quelque sorte. C'est parce qu'il s'agit d'hystériques suggestibles que l'on peut les faire commencer ce travail à propos de certains signes ou de certains commandements particuliers. Mais la suggestion porte ici sur un acte spécial ayant des caractères qui lui sont propres. C'est une suggestion d'un genre tout particulier et il me semble nécessaire de la distinguer des autres.

L'état qui est déterminé par l'aesthésiogénie, état qui a été souvent désigné sous le nom de l'état d'alerte, et qui dans certains cas constitue le somnambulisme complet nous présente un changement de conduite qui est beaucoup mieux caractérisé par la notion de l'excitation. Les oscillations que l'on détermine par ces pratiques sont analogues à celles que l'on observe dans les névroses périodiques et alternantes.

L'excitation semble se produire à propos des modifications de la sensibilité consciente, mais il est très probable que ce n'est là qu'une occasion, on peut obtenir la même excitation à propos de la mémoire et probablement à propos de bien d'autres faits. Il suffit quelquefois de légères modifications de la sensibilité pour produire de grandes excitations et inversement de grands changements de sensibilité peuvent se produire automatiquement sans amener d'excitation apparente.

Il est donc probable que le fait important est l'effort fait par le sujet pour obéir au commandement ou pour exécuter la suggestion éveillée par un signe quelconque. Il y a là, en effet, de l'attention et du travail ; on le constate dans les signes d'effort, dans les contorsions que présentent certains sujets, on le voit aussi en remarquant le temps nécessaire pour effectuer ces métamorphoses. Les changements rapides effectués par suggestion pure et simple n'ont pas du tout les mêmes résultats que ces changements obtenus lentement par un véritable travail : « vous voulez trop de progrès trop vite, c'est là ce qui me fait mal à la tête à me rendre folle ». Enfin on constate aussi ce travail dans cette singulière fatigue consécutive à la séance. Fatigue très remarquable, très régulière, quand il y a eu excitation véritable, tandis qu'elle fait défaut quand il n'y a pas d'excitation notable.

Nous avons vu que l'homme peut se tendre, se mettre dans un état d'enthousiasme créateur. Je ne puis m'empêcher de croire que nos sujets font quelque chose du même

genre et que chez eux dans certaines conditions l'ordre, ou si l'on veut la suggestion de sentir et de se souvenir, déclanche des tendances spéciales à l'effort, à l'enthousiasme même. Ces opérations qui relèveraient la tension de l'homme normal jusqu'à le mettre dans un état d'activité créatrice arrivent chez ces déprimés à les ramener à la tension normale.

Si les excitations psychologiques sont dissimulées dans la plupart des méthodes précédentes, elles sont au contraire bien évidentes dans les thérapeutiques morales par le travail, par la foi, par la direction. Dans toutes les impulsions se trouve le besoin d'être excité par une action, dans toutes les manies d'être aimé, d'être dirigé se trouve le besoin d'être remonté, excité par une autre personne. On le voit bien en étudiant ces malades qui paraissent être normaux, tant qu'il subissent l'influence de certaines personnes et qui retombent dans la dépression et le désordre dès qu'ils ont perdu celui qui, en les faisant agir, maintenait à un niveau plus élevé la tension de leur esprit. Le médecin ne fait que satisfaire d'une manière plus méthodique ce même besoin de direction et d'excitation. On observe dans la direction médicale les mêmes faits que dans les directions accidentelles et les mêmes oscillations. Après une séance qui a bien réussi il y a une période d'influence pendant laquelle le malade est remonté et conserve le sentiment de la présence de son directeur auprès de lui, comme le mystique sent la présence de son Dieu. Puis survient une nouvelle période de dépression avec un besoin que j'ai désigné sous le nom de passion somnambulique, pendant laquelle le sujet retombe dans la dépression, se sent abandonné et isolé comme les mystiques dans leurs périodes de sécheresse ¹. Il s'agit toujours dans tous ces traitements d'une excitation plus ou moins durable.

Comment le directeur a-t-il déterminé ces excitations passagères ? Certains actions sont excitantes, nous l'avons constaté, elles ont accidentellement relevé le malade et celui-ci cherche anxieusement à les reproduire. Mais il ne sait pas choisir ces actions et il ne sait pas réunir les conditions favorables qui permettent de les exécuter : de là tous les désordres et les mauvais résultats des impulsions. Le directeur doit savoir mieux quelles sont les actions favorables qui peuvent être exécutées sans de trop grandes dépenses et qui déterminent une excitation favorable. Il sait dans quelles conditions il faut placer le sujet pour qu'il réussisse à faire ces actes et comment il faut l'y aider. Il emploie tous les procédés de la suggestion, de la persuasion, toutes les méthodes de la rhétorique pour encourager à l'action et pour exciter le malade.

Singulier procédé qui fait appel aux plus belles puissances du génie humain pour permettre à une hystérique de manger sa soupe. Nous sommes souvent obligés de recourir avec les malades à des procédés de ce genre et j'ai déjà fait remarquer souvent qu'il fallait employer les adjurations les plus éloquentes et user de tous les ressorts de la rhétorique pour obtenir qu'un malade change de chemise ou boive un verre d'eau. C'est ce que je faisais remarquer en particulier dans mes premières études. « Le traitement que j'ai fait subir à la malade est non seulement une suggestion, mais encore une excitation. On n'a pas toujours distingué dans les traitements psychologiques la part de la suggestion et la part de l'excitation qui essaye de faire remonter le niveau mental. J'exige de la part d'Irène de l'attention et des efforts, j'exige la conscience de plus en plus nette des sentiments, toutes choses qui sont des moyens d'augmenter la tension nerveuse et mentale, d'obtenir, si l'on veut, le fonctionnement des centres supérieurs. Bien souvent j'ai constaté avec elle comme

¹ Op. cit., III, p. 393.

avec tant d'autres malades Que les séances vraiment utiles étaient celles où j'étais parvenu à l'émotionner. Il faut souvent lui faire des reproches, découvrir les côtés où elle est restée impressionnable, la secouer moralement de toutes manières pour la remonter et lui faire retrouver les souvenirs et les actes. » Toutes les rééducations des névropathes dont on parle beaucoup aujourd'hui sont soumises à la même loi, qu'il s'agisse de gymnastique, d'éducation des mouvements, d'excitation de la sensibilité, de recherche des souvenirs, il faut toujours que l'ascendant du directeur réveille l'attention et l'effort, excite l'émotion et détermine une tension plus grande. Quand ce fonctionnement supérieur est obtenu, le sujet sent une modification de toute sa conscience qui se traduit par une augmentation de la perception et de l'activité.

Une semblable thérapeutique surprend au premier abord parce qu'elle apparaît comme tout à fait opposée à des traitements qui nous ont semblé précédemment rationnels et utiles, que nous avons étudiés sous le nom de traitements par le repos et par l'économie des forces. Il semble bizarre de chercher à guérir des individus épuisés en les faisant travailler et d'éviter la faillite en conseillant de nouvelles dépenses. Cependant cela n'est pas tout à fait inintelligible, car on vient de voir que l'action ne se borne pas à dépenser des forces, mais que souvent aussi elle les renouvelle. Un bon placement, une spéculation habile peuvent rendre une dépense fort rémunératrice. En réalité, ces traitements ne sont contradictoires qu'en apparence et ils peuvent conserver tous les deux suivant les cas leur raison d'être et leur utilité.

La médecine psychologique

Troisième partie

Les résultats des psychothérapies

[Retour à la table des matières](#)

Troisième partie : Les résultats des psychothérapies

Chapitre I

Les applications

[Retour à la table des matières](#)

Les traitements qui ont été présentés comme des applications de la science psychologique sont fondés sur des observations et des interprétations exactes. Il n'en est pas moins vrai qu'à toutes les époques ils ont été très discutés, qu'ils sont rarement employés avec confiance et qu'ils ne donnent guère tous les résultats pratiques que l'on était en droit d'espérer. Il faut essayer de rechercher dans quelles conditions leur efficacité peut être plus grande et de vérifier si dans certains cas cette efficacité n'est pas considérable.

1. - Les diagnostics psychothérapiques

Trop souvent on peut répéter à propos de la plupart de ces traitements ce que j'ai remarqué à propos des miracles ou de la moralisation médicale. D'une manière générale ces traitements semblent efficaces : si on considère un grand nombre de cas il y a un certain nombre de guérisons qui peuvent légitimement leur être attribuées. Mais à propos d'un cas particulier on ne peut rien affirmer d'avance et on ne peut rien enseigner avec précision. On se trouve en présence d'une application de la loi des grands nombres et l'efficacité de ces traitements paraît dépendre du hasard. Cela tient

d'un côté à ce que la plupart de ces procédés sont définis d'une manière très vague et de l'autre à ce que leur application est faite d'une manière trop arbitraire.

L'efficacité d'une thérapeutique dépend du diagnostic : la quinine ou l'arséno-benzol présenteraient dans leurs effets les mêmes lois du hasard si on les donnait de la même manière que l'on applique les psychothérapies. Chaque psycho-thérapeute vante son procédé qu'il prétend original et veut l'appliquer à tout, puisqu'il guérit tout. L'un moralise, l'autre hypnotise tout le monde, celui-ci repose et engraisse, celui-là psycho-analyse à tort et à travers. Que penserait-on d'un médecin qui se vanterait de donner de la digitale à tous ses malades, tandis que son confrère aurait la spécialité de donner de l'arsenic.

Pendant la période triomphale de l'hypnotisme, il y a quelques années, on se vantait d'hypnotiser 97 p. 100 des malades et de suggestionner tous ceux qui se présentaient. Quand on considère aujourd'hui ces amusantes statistiques on voit très bien que leurs auteurs n'ont jamais voulu se faire une idée précise du phénomène qu'ils recherchaient et qu'ils comptaient dans leur calculs n'importe quoi. Les uns confondaient la suggestion avec l'émotion ou avec l'erreur, les autres avec la docilité ou la complaisance volontaire, la plupart avec l'évocation des tendances ou l'association des idées et leurs statistiques n'ont aucune signification. C'est justement parce qu'on a essayé d'hypnotiser tout le monde et de guérir n'importe quoi par suggestion que l'on a rencontré tous ces insuccès qui ont découragé les malades et les médecins et qui ont amené la décadence de l'hypnotisme. Si les traitements par excitation étaient mieux connus on se hâterait également de les appliquer à tort et à travers et on aurait de véritables désastres. Toute action pratique exige une certaine précision et une thérapeutique psychologique n'est possible que s'il y a un diagnostic psychologique.

Une classification n'a jamais rien d'absolu : les maladies, comme les êtres vivants, forment une série continue dans laquelle nous établissons des coupes en rapport avec nos besoins. Toute classification répond à des besoins pratiques : elle forme des groupes d'objets à propos desquels nous devons avoir la même conduite et sépare des objets à propos desquels nous devons avoir des conduites différentes : les classifications varient suivant le genre de conduites que nous considérons.

Les classifications des malades ont été faites le plus souvent à des points de vue scientifiques, c'est-à-dire au point de vue de l'exposition à des élèves, car les procédés pédagogiques ont joué un rôle considérable dans l'organisation des systèmes scientifiques qui sont originellement des procédés d'enseignement. Puis les classifications furent faites au point de vue anatomique : tel groupe de symptômes indiquait que l'on trouverait telle lésion à l'autopsie. Ensuite les classifications ont été faites au point de vue microbiologique : chez ces malades du même groupe on trouvera et on cultivera le même microbe. Ces diverses classifications ont rendu des services aux thérapeutiques chirurgicale et microbiologique. Mais elles ne donnent aucun résultat pratique quand on essaye de les appliquer aux maladies nerveuses et mentales et que l'on cherche à appliquer des traitements psychologiques.

Il y a cependant un germe de classification psychothérapique qui joue un certain rôle sans qu'on s'en rende bien compte : c'est la division singulière des maladies nerveuses en organiques et en fonctionnelles. Au point de vue scientifique cette distinction n'a aucun sens et j'ai déjà eu l'occasion de montrer plusieurs fois qu'elle est inadmissible. Il n'y a pas de maladie sans modification organique grande ou petite,

connue ou inconnue, durable ou passagère. Mais cependant cette distinction subsiste et elle a un sens important : c'est qu'elle a une signification au point de vue de la thérapeutique psychologique.

La psychologie est la science de la conduite et une thérapeutique psychologique est une thérapeutique qui utilise des conduites, c'est-à-dire des actions, des fonctionnements d'organes. Il s'agit toujours en psychothérapie ou de changer des actions, ou de les diminuer, ou de les augmenter : une thérapeutique psychologique est toujours une thérapeutique fonctionnelle. Dire qu'une maladie est fonctionnelle, c'est dire que des modifications du fonctionnement peuvent la guérir et que la lésion organique qui existe toujours est telle qu'elle peut être guérie par la transformation du fonctionnement. Dire qu'une maladie est organique, c'est au contraire affirmer que la lésion de l'organe ne sera pas influencée par les modifications du fonctionnement et que par conséquent toute psychothérapie est inutile. Il y a là le premier diagnostic psychothérapique.

Mais après ce premier effort, l'analyse médicale s'arrête d'ordinaire, car aller plus loin demanderait une étude psychologique, et on se borne à appliquer une psychothérapie quelconque, comme si tous les troubles fonctionnels étaient les mêmes et comme si toutes les influences psychologiques étaient identiques. N'est-il pas juste de penser qu'un diagnostic plus précis permettrait des applications beaucoup plus certaines.

2. - Les traitements des déviations fonctionnelles

[Retour à la table des matières](#)

Un ensemble de troubles fonctionnels, autrefois considéré comme le plus important, constitue la maladie de l'hystérie. Ce mot n'est plus guère à la mode aujourd'hui; il a été entraîné par le recul momentané des études sur l'hypnotisme, mais il reviendra, car il a une belle histoire au point de vue médical et au point de vue psychologique et il a l'avantage de ne pas impliquer d'hypothèse aventureuse. Sans doute la conception de l'hystérie présente encore bien des difficultés, mais enfin on est d'accord pour admettre qu'il s'agit d'une certaine catégorie de névropathes et on n'applique pas ce nom indifféremment à toutes les psycho-névroses. Le diagnostic de l'hystérie, sinon sa conception psychologique, est aujourd'hui un objet d'enseignement et la plupart des médecins appliquent ce nom aux mêmes malades.

On admet maintenant ce que j'écrivais en 1892, que la plupart des accidents les plus apparents dépendent « d'idées fixes », c'est-à-dire de croyances erronées mais fixes, développées par un mécanisme psychologique analogue à celui de la suggestion. Cette conception implique plusieurs affirmations graves, elle affirme implicitement que ces malades ne manquent pas de force pour exécuter les actions d'une manière plus correcte, qu'ils ne sont pas profondément épuisés, et qu'il ne s'agit pas d'une grande asthénie psychologique. Elle admet aussi que les tendances psychologiques élevées ne sont pas supprimées : ces malades incapables de marcher, de

retrouver un souvenir ne présentent pas au même titre que tant d'autres névropathes ces aboulies, ces doutes, ces sentiments d'incomplétude si caractéristiques des dépressions plus accentuées.

Ces deux affirmations ne sont pas tout à fait exactes et il ne faut pas se laisser entraîner, comme on le fait trop souvent, à n'admettre dans l'hystérie que des déviations par suggestion et à oublier qu'il s'agit d'une véritable maladie. Il y a dans l'hystérie de l'asthénie et de l'hypotonie psychologique, mais cette dépression véritable est dissimulée par le phénomène que je décrivais sous le nom de « rétrécissement psychologique » et qui a été depuis présenté de nouveau sous le nom de « refoulement ». Grâce à la réduction de l'étendue du fonctionnement, qui est une sorte de réaction de défense, l'esprit dont la force et la tension sont diminuées peut faire illusion et dissimuler la dépression véritable. C'est précisément cet abaissement de la tension, cette diminution de la réflexion qui, jointe au rétrécissement, donne à la suggestion son développement et amène les idées fixes.

Si cette conception de la déviation sans asthénie ni hypotonie psychologique est exagérée, elle n'est pas cependant sans importance. Le malade, grâce à ces procédés de défense, souffre peu de sa dépression et se préoccupe davantage des troubles déterminés par telle ou telle idée fixe. On peut, quand on s'occupe d'un hystérique véritable, laisser de côté au moins en partie le traitement de la dépression proprement dite. Il s'agit en général de sujets jeunes dont la maladie ne date que de quelques mois et chez qui elle n'a pas eu le temps de déterminer une dépression profonde et durable, il faut surtout s'occuper de redresser le fonctionnement dévié et c'est dans ce cas que les traitements par la suggestion, par l'hypnotisme et par l'éducation trouvent leurs applications les plus intéressantes.

La suggestion consiste à provoquer artificiellement sous la forme d'une impulsion le fonctionnement d'une tendance que le sujet ne peut obtenir sous la forme d'une volonté personnelle. Pour que notre appel aux activités inférieures soit entendu, il faut que le sujet ait en réserve malgré les paralysies apparentes des tendances bien organisées et fortement chargées, il faut qu'il possède un automatisme puissant. Il ne s'agit pas de fortifier l'activité nerveuse et mentale, de lui créer des ressources nouvelles, il s'agit simplement d'utiliser les ressources que le sujet possède déjà. L'individu qui tombe malade peut être comparé à un individu qui n'arrive plus à boucler son budget et qui est acculé à la faillite : il semble être devenu tout à fait incapable de faire les frais d'un certain nombre d'opérations cependant indispensables. Le médecin est appelé pour liquider la situation et réorganiser le budget. Le traitement suggestif ne change pas le train de vie de la maison, il ne fournit pas à l'intendant des ressources nouvelles ; il lui montre simplement qu'il avait sous la main des ressources importantes dont il oubliait de se servir, il les met à la disposition de ce pauvre administrateur qui se croyait ruiné quand il ne l'était pas.

Il est trop évident que c'est là un procédé particulièrement simple pour réorganiser des finances compromises et qu'il n'est malheureusement pas applicables dans tous les cas. Il faut pour pouvoir se conduire ainsi se trouver en présence de ruines plus apparentes que réelles, il faut avoir affaire à des financiers assez naïfs pour crier à la ruine quand il n'y a que du désordre ; il est probable que cela n'arrivera pas souvent. Mais enfin cela arrive quelquefois, puisque l'hystérie existe, Il est bon que le médecin sache à l'occasion jouer ce rôle bienfaisant et facile, c'est là le procédé psychothérapique le plus simple. Il faut constater son intérêt, mais il ne faut pas être surpris s'il

est trop souvent insuffisant et si l'on est presque toujours obligé de rechercher d'autres méthodes moins simples pour restaurer des fortunes plus sérieusement compromises.

On a beaucoup exagéré les dangers que peuvent présenter ces traitements et je serais disposé à dire que l'hypnotisme et la suggestion sont malheureusement très peu dangereux. Je dis « malheureusement » car un médicament n'est réellement puissant que s'il peut être dangereux et il est bien difficile de concevoir une thérapeutique qui soit à la fois efficace et dans tous les cas inoffensive. Le caractère dangereux d'un poison réclame des études sur les applications et les doses, mais il a été le premier indice de la puissance du médicament. Il n'en est guère ainsi de la suggestion et de l'hypnotisme expérimental qui même mal appliqués ne semblent pas jusqu'à présent pouvoir déterminer souvent de grands troubles. La seule conclusion à tirer maintenant de ces observations c'est que la suggestion ne doit pas être commencée à la légère, qu'elle ne doit pas être supprimée tout d'un coup après la guérison apparente d'un seul accident, qu'il faut avertir le malade et sa famille que sous cet accident il y a un état mental défectueux incapable de se modifier instantanément. Il y a là toute une éducation à faire dans laquelle toutes sortes de procédés thérapeutiques peuvent être nécessaires.

Quoique cela paraisse bizarre et même un peu ridicule, il est utile de dire ici quelques mots à propos d'autres reproches qui ont été adressés à la suggestion hypnotique à un point de vue exclusivement moral. Quelques médecins, subitement touchés de la grâce, ont suivi l'exemple donné par M. Dubois (de Berne) et ont déclaré que ce traitement, même s'il était utile, ne devrait pas être employé parce qu'il était humiliant et déshonorant pour le malade et pour le médecin ; il ne me semble pas bien difficile de calmer des scrupules aussi délicats.

Un certain nombre de ces critiques se rattachent aux précédentes et ont rapport aux dangers possibles de la suggestion hypnotique, nous y avons déjà répondu. Déjerine ajoute que la suggestion hypnotique est trop puissante et qu'elle pourrait être employée pour le mal par un médecin indélicat, puisqu'il est possible de faire commettre des crimes par suggestion. A supposer que ce soit vrai, quel traitement médical ou chirurgical résisterait à cette critique ? Faut-il renoncer à l'arsenic à cause du crime de Lacenaire ou émousser les bistouris des chirurgiens de peur qu'ils ne s'en servent pour couper la gorge de leurs clients ?

Les autres critiques sont plus directement morales ; elles reposent sur cette idée singulière, c'est qu'il est dégradant d'utiliser des fonctions inférieures de l'esprit qui manquent de dignité. Il est inutile de répondre ici à ces puérités. Pouvons-nous choisir, pouvons-nous faire appel à la faculté mentale qui nous plaît le plus ? Vous discutez toujours comme si le sujet n'était pas malade et comme s'il pouvait à volonté exercer une fonction quelconque. S'il avait à sa disposition ce raisonnement parfait et cette volonté idéale dont vous parlez, il ne viendrait pas vous consulter. En réalité il s'adresse à vous parce qu'il n'est pas capable de se conduire en homme complet, maître de son moi. « Vous ne pouvez lui faire faire que des pseudo-raisonnements dont vous n'avez pas le droit d'être si fier ». Il est beaucoup plus correct de ne pas chercher à se faire illusion et de s'adresser directement à des fonctions inférieures que le malade possède encore, comme on le fait d'ailleurs dans tous les traitements médicaux qui sont loin de s'adresser toujours à pure raison. Comme le disait un auteur américain : « Nous ne suspendons pas plus notre jugement en laissant un médecin nous affirmer une idée heureuse qu'en lui permettant de nous introduire une sale capsule dans le corps ».

Dans toutes ces discussions qu'il ne faut pas prolonger, il y a un malentendu : jamais on ne soulève de semblables problèmes à propos des autres maladies et des autres traitements. Quand un homme présente au médecin un chancre syphilitique, celui-ci ne cherche pas si un sermon serait plus noble et plus moral qu'une injection mercurielle. Le praticien ne se voile pas la face quand il introduit un doigt dans l'anus et « il ne se dresse pas sur l'extrémité de ses fesses » quand il met un miroir dans la bouche : le malade est un malade et le devoir le plus noble est de le soigner le mieux possible, voilà tout. Ces scrupules n'apparaissent que dans la psychothérapie, parce que l'on ne peut pas encore s'empêcher de considérer le névropathe et l'aliéné comme des disciples ignorants ou comme des pénitents à qui il faut enseigner la vérité à la mode ou la morale du jour. Quand on se décidera à les considérer comme de vrais malades et quand les psychothérapeutes sauront être de vrais médecins, on ne se souviendra plus de ces problèmes imaginaires.

Dans mon ouvrage sur « les médications psychologiques » j'ai essayé de faire une étude à mon avis beaucoup plus importante sur la valeur même du traitement à un point de vue qui a bien quelque intérêt au moins pour les malades, celui de la guérison. J'ai dépouillé un grand nombre d'observations de névropathes au nombre de 3.500 dont un grand nombre avaient été suivis pendant des années et j'ai cherché à apprécier avec précision et sévérité le rôle que divers traitements psychologiques avaient joué dans l'évolution de la maladie. J'ai cherché en particulier quel était le nombre des cas où la suggestion hypnotique entendue d'une manière très précise avait eu un effet nettement efficace et avait pu déterminer des guérisons nettes prolongées au moins pendant une année. Sans doute ces cas ne sont pas énormément nombreux et je ne mets pas ces statistiques en comparaison avec celles des guérisseurs enthousiastes de la belle époque de l'hypnotisme ; mais la sévérité qui a été appliquée au choix de ces observations leur donne peut-être quelque valeur à une époque où ces traitements sont contestés et rarement employés.

Dans un premier groupe je placerai des observations curieuses dans lesquelles la guérison se présente rapidement avec une allure analogue à celle des guérisons dites miraculeuses. Dans ces observations il s'agit d'affections sérieuses, bien constatées, ayant eu une durée minima d'un mois, des paralysies diverses, des contractures, des chorées, des mutismes, des troubles de la vue, etc., ayant bien entendu le caractère des affections hystériques que nous venons d'indiquer. Le traitement est pratiqué immédiatement dès la première visite sans analyse psychologique approfondie, simplement par la suggestion entendue dans le sens que j'ai défini, tantôt à l'état de veille, tantôt après hypnotisation rapide. La guérison est obtenue immédiatement ou en quelques séances, quatre au plus, et elle est durable, car je ne compte que les cas sans rechute pendant un an. Je ne trouve dans mes notes qu'un petit nombre d'observations qui puissent satisfaire à ces conditions sévères, mais j'en compte cependant 54 qui me paraissent démonstratives. Il me semble que de semblables observations dont on trouverait, je le répète, les analogues dans tous les écrits sur la suggestion hypnotique, justifient les affirmations tant de fois répétées par les hypnotiseurs et montrent qu'il y a là une véritable puissance curative s'exerçant souvent d'une manière tout à fait remarquable.

Je placerai dans un second groupe des observations plus nombreuses dans lesquelles les malades parviennent aussi à une guérison en apparence complète et se maintiennent au moins pendant un an, mais dans lesquelles le traitement hypnotique n'a pas eu un résultat immédiat, miraculeux, et a dû être prolongé plus longtemps. Dans

la plupart de ces cas il s'agit de malades traités deux ou trois fois par semaine pendant une durée qui a varié de un à trois mois. Je ne range pas dans ce groupe les malades qui ont été traités plus longtemps parce que dans ce cas le traitement me paraît se modifier par l'adjonction d'autres influences. Je n'insiste pas sur la description de ces divers troubles névropathiques analogues d'ailleurs aux précédents. Les accidents dans le traitement desquels la suggestion et l'hypnotisme me semblent avoir eu un rôle important sont surtout les attaques hystériques et particulièrement les attaques délirantes à forme de somnambulisme. Aujourd'hui il semble de mode de mettre en doute l'existence et l'importance de pareils accidents: ils sont cependant assez fréquents et souvent fort graves: j'en ai observé un fort grand nombre. Au milieu de ces observations je mets à part 64 cas dans lesquels la guérison me semble nettement avoir été obtenue par la suggestion et le sommeil hypnotique. Celui-ci se substitue facilement à l'attaque et il est bien plus qu'elle à la disposition de l'opérateur qui après s'en être servi peut assez facilement le supprimer. Les anciens magnétiseurs avaient déjà remarqué des faits de ce genre: les hypnotiseurs ont fait des remarques analogues. « Loin de fabriquer des somnambules par centaines, comme le pensait Calmeil, nous dit Gilles de la Tourette, la magnétisme guérit au contraire ceux qui sont atteints de cette névrose. Chose curieuse le somnambulisme provoqué fait disparaître le somnambulisme naturel: de sorte que l'on peut être à peu près certain de guérir un somnambule de ses promenades nocturnes en l'hypnotisant ¹. » Cette remarque me paraît l'une de celles qu'il est le plus facile de vérifier: les sujets qui présentent des crises délirantes et des somnambulismes naturels, des fugues suivies d'amnésie sont ceux qu'il est en général le plus facile d'hypnotiser réellement et ceux qui tireront le plus bénéfiques de cette intervention.

Enfin dans un troisième groupe je placerai des observations dans lesquelles la suggestion hypnotique n'a eu qu'une action momentanée et n'est jamais parvenue à obtenir une guérison au moins d'une année: des accidents nerveux semblables aux premiers ou analogues réapparaissent toujours après un intervalle plus ou moins long. Ces observations sont très nombreuses au nombre de plusieurs centaines, il est inutile de les compter, puisqu'elles offrent ici beaucoup moins d'intérêt que les précédentes.

Il ne faudrait pas cependant admettre trop vite que dans toutes les observations de ce groupe, les traitements par la suggestion hypnotique ont été sans intérêt pour le malade. Il y a des observations où, sans donner une guérison très prolongée, ces traitements ont cependant rendu des services considérables.

J'ai longuement insisté à ce propos ² sur une observation remarquable, celle de Nov, une femme que j'avais traitée une première fois quand elle avait 26 ans pour des contractures hystériques des muscles du tronc déterminant cette attitude penchée en avant que l'on a décrite pendant la guerre chez les « plicaturés ». Pendant 20 ans, elle a continué à venir se faire traiter, mais seulement deux ou trois fois par an pour la même contracture qui réapparaissait à propos de fatigues ou d'émotions: chaque fois il suffisait d'un traitement de quelques minutes pour la renvoyer guérie. Il s'agit là d'une maladie hystérique bien curieuse qui pendant vingt ans n'a jamais changé et qui a toujours reproduit la même contracture abdominale du début, c'est un exemple intéressant de l'automatisme psychologique. Mais le traitement mérite également d'attirer l'attention: il s'agit d'un traitement purement moral, je n'emploie que quelques mots et quelques signes et le massage est purement apparent. Ce traitement me

¹ Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme*, p. 173.

² Médications psychologiques, 1, p. 332.

semble bien être uniquement suggestif : il s'agit bien d'une série de mouvements et d'actions qui s'exécutent facilement et automatiquement à l'occasion de mes paroles et de mes gestes sans que la malade comprenne comment la guérison s'exécute et sans qu'elle puisse la reproduire volontairement. Ce traitement n'a pas eu d'effet curatif : jamais il n'y a eu une guérison complète pendant un an. On ne peut dire cependant que ce traitement ait été inutile à la malade, ni qu'il ait été difficilement praticable. Pendant vingt ans il a permis à Nov. de vivre chez elle et de travailler très fortement sans conserver jamais son infirmité plus longtemps que quelques jours. Quand on songe aux infirmités permanentes pendant des années et quelquefois pendant toute la vie que peuvent déterminer des contractures hystériques on ne peut nier qu'un traitement semblable ait rendu de réels services.

En résumé cette statistique nous montre 250 cas bien nets où ces applications des traitements par appel à l'automatisme ont eu une valeur incontestable. Bien entendu ces observations n'ont rien d'inattendu, elles ne font que confirmer celles qui ont été publiées par de très nombreux auteurs, mais elles montrent encore une fois la vérité de ces anciennes études. Sans doute il s'agit, comme nous l'avons remarqué au début, de maladies névropathiques très particulières, chez des sujets le plus souvent jeunes et qui ne sont pas encore profondément déprimés. Il en résulte évidemment que ces traitements utiles seulement dans ces cas particuliers ont des indications restreintes. Est-ce là une raison pour les condamner ? Va-t-on s'indigner contre la frotte sulfureuse parce qu'elle ne guérit que la gale et qu'elle serait désastreuse pour un eczéma ? Faut-il tourner en ridicule les injections d'émétine qui guérissent la dysenterie amibienne et qui sont inefficaces dans la dysenterie bactérienne. Il est juste de reconnaître l'importance que l'hypnotisme et la suggestion ont eue dans l'histoire de la médecine. Ils seront peut être transformés et oubliés plus tard, mais il n'en restera pas moins qu'ils ont été les premiers traitements psychologiques précis, qu'ils auront préparé la découverte de tous les autres en nous faisant sortir des moralisations indéterminées. C'est là un grand mérite qu'il faut savoir reconnaître et l'effort de tant de chercheurs depuis plus d'un siècle n'aura pas été inutile pour la science médicale.

Il est intéressant de remarquer que les conditions dans lesquelles on peut appliquer les traitements par éducation sont à peu près les mêmes que les conditions de traitements par suggestion. Ces procédés réussissent bien chez des malades dont les troubles sont localisés à telle ou telle fonction dont le sujet a perdu le gouvernement sans qu'il ait une grande dépression générale. Une des preuves de l'efficacité des éducations dans les névroses c'est que nous constatons facilement les effets de mauvaises éducations. Il est fort mauvais sous prétexte d'éviter au malade des peurs on des angoisses, de céder à toutes ses manies et de le laisser faire toutes ses sottises : bien souvent on voit des névroses qui ont été fortement aggravées par des condescendances. Les bonnes éducations peuvent avoir une puissance comme les mauvaises.

Nous avons constaté cette bonne influence dans bien des troubles nerveux : il faut évidemment faire intervenir les éducations dans le traitement des paralysies et des contractures névropathiques. L'effet principal des mobilisations et des massages me semble être une éducation du sujet qui est amené à percevoir avec conscience des modifications des muscles qu'il est trop disposé à oublier. Certains malades doivent apprendre à manger, à boire, à mastiquer, à déglutir, à faire entrer les aliments dans l'estomac, à respirer, à parler, etc. N'ai-je pas eu l'occasion de décrire une malade curieuse qui avait perdu un œil et qui a dû apprendre à se servir de l'autre œil isolé, à

pratiquer la vision monoculaire au lieu de rechercher perpétuellement une vision binoculaire devenue impossible ¹.

Même dans les cas où d'autres thérapeutiques interviennent au début, l'éducation n'est pas sans utilité : elle intervient plus tardivement à une période déjà avancée de la guérison ; mais elle précise cette guérison. Son rôle essentiel consiste à transformer une action en une tendance automatique, à la fixer en quelque sorte. Il ne suffit pas d'avoir obtenu une fois par un procédé quelconque un mouvement du membre paralysé et d'abandonner ensuite le malade, car la paralysie ou la contracture serait bien vite aussi complète qu'auparavant. Il faut à ce moment faire répéter le mouvement, le simplifier, obtenir qu'il soit produit avec moins de conscience, moins de surveillance et moins d'efforts : après avoir obtenu l'action isolée, il faut reconstituer la tendance à cette action et l'éducation joue toujours dans cette reconstruction un rôle considérable.

En un mot nous retrouvons encore une fois le problème du diagnostic et de l'application précise des médications. Il faudra renoncer à parler d'éducation à tout propos dès qu'il s'agit d'un trouble névropathique, il faudra un jour distinguer avec précision les symptômes et les malades auxquels l'éducation est applicable et la place que cette médication spéciale doit occuper dans le traitement. On verra alors qu'elle ne peut suffire à tout, mais que son rôle reste des plus importants.

3. - Les traitements des épuisements psychologiques

[Retour à la table des matières](#)

Un groupe beaucoup plus considérable est constitué par des asthéniques qui présentent un épuisement des forces psychologiques. Ces malade-, présentent presque toujours en même temps un certain abaissement de la tension psychologique ; mais cet abaissement n'est pas considérable et surtout il n'est pas permanent, aussi n'est-il pas senti douloureusement et ne réclame-t-il pas de traitement direct ; c'est la diminution des forces disponibles qui présente le problème principal. On ne peut guère utiliser dans ces conditions les procédés précédents : d'abord les sujets qui conservent la réflexion et qui n'ont pas de rétrécissement bien net ne sont pas suggestibles au moins d'une manière expérimentale, ensuite et surtout la faiblesse des forces disponibles réduit même le fonctionnement automatique des tendances et rend peu utilisable l'appel à l'automatisme ou à l'éducation. Dans ces conditions les traitements psycho-physiologiques divers qui cherchent à obtenir la désintoxication, le rétablissement des fonctions digestives ou circulatoires, les modifications des sécrétions glandulaires internes, les traitements qui essaient de régler les fonctions du sympathique sont évidemment indispensables. Je les ai étudiés ailleurs en montrant que la médecin-, psychologique devait être la plus complète de toutes les thérapeutiques et

¹ Op, cit., III, p. 52.

que loin de les supprimer elle réclame toutes les autres ¹. Récemment M.J. Laumonier dans son livre intéressant sur « la thérapeutique des péchés capitaux », 1922, montre fort bien le rôle important que joue la thérapeutique psycho-physiologique dans le traitement des Passions elles-mêmes. Mais nous n'avons à nous occuper ici que de la psychothérapie proprement dite et dans les asthénies les méthodes d'économie psychologique sont les seules qui soient utilisables et avantageuses. Mais ces méthodes d'économie sont différentes les unes des autres et répondent à des situations différentes, il est nécessaire pour les appliquer correctement de préciser le diagnostic et de se rendre compte de la cause principale qui détermine et entretient l'épuisement.

Un premier cas est fort intéressant et permet un traitement relativement simple, c'est celui que nous avons étudié sous le nom de *névrose par réminiscences traumatiques*. Ces individus sont amenés à la ruine parce qu'ils ont constamment une certaine dépense 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.

La véritable difficulté que présente l'emploi de ces méthodes, c'est le diagnostic de la réminiscence traumatique et la démonstration que l'épuisement est bien dû à un travail interne de ce genre. Il y a d'abord une exagération évidente à rattacher toutes les névroses à des souvenirs d'aventures sexuelles émotionnantes et mal liquidées. Cela peut être exact dans un certain nombre de cas, personne ne le conteste, mais il est impossible de transformer cette remarque en une règle générale. Les troubles sexuels que l'on constate sont le plus souvent la conséquence de la maladie nerveuse au lieu d'en être le point de départ. Il ne faut pas oublier que les désordres de la conduite sexuelle sont une des manifestations les plus fréquentes des névroses et il faut éviter de supposer trop facilement que ces désordres ont été primitifs.

Il est également dangereux de placer toujours dans la subconscience du malade des réminiscences émotionnantes dont on n'aperçoit pas trace dans sa conscience. Il faut, à mon avis, 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 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 séparés de la conscience normale du sujet se manifestent encore dans des somnambulismes, des écritures, des mouvements, des paroles automatiques, il est juste de les constater et de les utiliser quand on les voit.

¹ Op. cit., III, p. 298.

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.

Si on a été entraîné à placer trop de choses dans la subconscience, c'est parce qu'il fallait à tout prix retrouver dans tout symptôme névropathique une réminiscence traumatique, un souvenir plus ou moins déformé d'un événement émouvant. 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 criminelle et du psychiatre avec un détective.

Il n'est pas du tout certain que dans toute névrose un phénomène psychologique de ce genre joue nécessairement un rôle essentiel. 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 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.

D'ailleurs on peut très bien admettre que bien souvent l'épuisement ne dépend pas d'une réminiscence du passé mais qu'il dépend des événements actuels qui se reproduisent tous les jours. Plus souvent encore la dépression du sujet qui existe depuis son enfance dépend de sa constitution héréditaire, de la période de la vie qu'il traverse, des maladies physiques, des intoxications diverses qu'il a eu 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 chocs 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 ça 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.

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 il fallait également faire tous ses efforts pour ne pas découvrir de tels souvenirs traumatiques quand ils n'existaient pas. 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 des faits 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 à certains critiques qui 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 se les a assimilés. 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 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 on* été pénibles dans la vie, ont laissé un souvenir plus ou moins émotionnant qui en réalité ne jouent plus aucun rôle aujourd'hui. Il ne faut considérer comme une réminiscence traumatique que celle qui se répète fréquemment aujourd'hui, qui détermine des efforts constants aisément constatables et capables de déterminer l'épuisement.

Quand ce diagnostic a été bien fait, les procédés de la mise au jour des souvenirs subconscients, leur réintégration dans la conscience, la dissociation de certains systèmes de souvenirs soit pendant l'hypnose soit dans d'autres états psychologiques et surtout les divers procédés de liquidation ont souvent des résultats remarquables ; il serait facile de compter un nombre considérable de malades de diverses espèces qui ont été soulagés, dont les crises ont été abrégées par cette désinfection 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.

Si on ne s'entête pas à ramener tous les malades à un même type et à expliquer toutes les faiblesses par des réminiscences traumatiques on se trouvera en face d'épuisements psychologiques dont les causes sont différentes. Bien des malades sont épuisés, non par le souvenir d'une aventure ancienne, mais par les difficultés de la vie actuelle qui est trop compliquée pour leur puissance psychologique et qui présente à chaque instant trop d'obstacles auxquels ils « s'accrochent ».

Le premier point de leur traitement consiste à supprimer les efforts perpétuels, déterminés par ces 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 disparaissent dès que l'on a pu mettre fin à une situation délicate et difficile.

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 pour son malade.

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.

Nous avons déjà remarqué dans un chapitre précédent que les phobies des névropathes sont quelquefois des indications à propos des 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.

La caractéristique essentielle d'un sanatorium c'est qu'il doit fournir au malade un milieu social artificiel où les dépenses psychologiques de l'adaptation sociale soient réduites au minimum. Le petit nombre de personnes toujours les mêmes auxquelles le malade a affaire, l'uniformité absolue de la vie, la suppression des concurrences, des com-

mandements inutiles, des exigences d'affection, des réclamations d'égards et de complaisances réalisent autant que possible cette simplification de la vie sociale. Il faut bien comprendre ce caractère des traitements par l'isolement afin de donner aux maisons de santé leur plus grande efficacité.

On a souvent essayé de réaliser un demi isolement des faibles psychologiques en les plaçant dans des milieux également simplifiés, mais moins artificiels que les véritables maisons de santé. 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 déments que l'on se borne à garder. Ces traitements devraient être davantage organisés pour des névropathes curables qu'il faudrait, comme on l'a dit, « transporter loin du bruit de la cité et du tourbillon des affaires, loin des téléphones et des tramways » et j'ajouterais loin de leur famille, de leurs ennemis et de leurs amis. Les couvents d'autrefois fournissaient à ces malades les retraites qui leur convenaient ; s'il est possible que les couvents aient engendré autrefois des cas d'aliénation, ils en ont empêché et guéri beaucoup d'autres qui se seraient développés dans la vie au grand air. Peut-être, comme on l'a dit, « la prochain siècle verra-t-il 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 ».

Bien souvent, heureusement, il n'est pas nécessaire d'exiger des changements de milieu aussi radicaux : la connaissance exacte des dépenses exigées par la vie sociale dans telles ou telles conditions, avec tels et tels individus, permet dans bien des cas de conserver les avantages essentiels de l'isolement sans sortir complètement le malade de son milieu. 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. A beaucoup de ces personnes 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'entourent : rien n'est aussi reposant, ne procure autant de détente et de vraie distraction que quelques heures de solitude. Beaucoup de malades sentent qu'ils ont besoin de ces quelques heures de solitude chaque jour pour être normaux avec les autres personnes le reste de la journée et pour faire disparaître le sentiment de vide dans la tête. 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 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 famille. Il me semble utile de préciser en disant qu'il n'est pas indispensable 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. Même quand les enfants ne sont pas mariés, mais qu'ils sont

devenus âgés ils ne peuvent pas toujours rester auprès de leurs parents quand il y a dans la famille quelque individu atteint de névropathie et capable de devenir aboulique, autoritaire ou taquin, susceptible ou persécuté. Un certain éloignement ravive 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 essayer de réorganiser la vie de ce groupe. Des études intéressantes ont été écrites sur « les mal-ajustements de la famille ». Quelquefois la diminution du nombre des heures passées à la maison réduit les frictions, « 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. Toutes sortes de détails doivent être observés car ils ont une grande importance, quand on veut essayer 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 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 bromure, mais c'est une partie essentielle et très fructueuse de la psychothérapie.

Enfin il y a un dernier groupe, le plus important peut-être au point de vue médical, celui des grandes asthénies dont les causes psychologiques actuelles ne sont pas perceptibles. L'épuisement profond dépend d'une constitution défectueuse, de troubles physiologiques variés et peu connus, d'un travail excessif, d'une situation fautive longtemps tolérée et de bien d'autres causes que nous connaissons mal. L'épuisement se manifeste par des oscillations énormes de la force et de la tension psychologiques à l'occasion de la moindre dépense, par des impuissances momentanées de telle ou telle fonction psychologique, par des arrêts de la marche, ou de la parole, de la mémoire ou du sentiment : « Je ne peux pas plus aimer le bon Dieu que je ne puis aimer les miens ». On dirait que ces malades passent en revue toute la symptomatologie des maladies mentales : tantôt ils prennent l'aspect de mélancoliques, tantôt d'hypomaniaques, tantôt de psychasténiques obsédés et douteurs, tantôt d'hystériques. Dans certains cas ils ont une certaine conscience de leur épuisement et « du vide de leur colonne vertébrale, de leur cerveau » ; dans d'autres cas ils présentent cette curieuse inversion du sentiment de fatigue qui a récemment été bien décrite. Ils ont alors un singulier besoin de mouvement, d'occupation, de travail et ils prétendent souffrir au début du repos plus que de l'agitation. Les troubles atteignent les fonctions physiologiques, la digestion, la respiration, la circulation surtout et semblent en rapport tantôt avec des modifications des sécrétions glandulaires internes, tantôt avec des altérations des fonctions du sympathique et du vague. Un grand nombre de maladies en apparence physique et mal expliquées sont en rapport avec cet épuisement permanent ou périodique qui souvent reste méconnu.

Le diagnostic de cette forme d'épuisement n'est pas sans importance pour la psychothérapie, car c'est dans cette forme que les suggestions, les éducations, les enquêtes psycho-analytiques doivent être le plus complètement évitées, car elles sont

inutiles et le plus souvent dangereuses. Le plus grand repos physique et moral longtemps prolongé, l'isolement le plus complet possible sont indispensables, si l'on veut éviter les grands accidents mentaux qui, plus souvent qu'on ne le croit, sont la conséquence de ces épuisements psychologiques quand ils sont trop longtemps méconnus.

Il ne suffit pas dans ces traitements difficiles de maintenir le malade au lit pendant longtemps, il faut régler minutieusement sa vie et sa conduite dans le lit. C'est en essayant de diriger de tels malades que l'on constate avec étonnement notre ignorance sur l'organisation du budget psychologique. Il nous faudrait savoir exactement ce que coûte chaque action et comment ce prix varie suivant l'état du sujet. Il faudrait savoir prendre des précautions sur le choix des personnes qui pénètrent dans la chambre du malade et sur le moment où elles peuvent entrer ; il faudrait se préoccuper continuellement de la nouveauté ou de l'ancienneté des actes que l'on fait exécuter et ne permettre que des actions très habituelles. Le plus petit changement dans le milieu où se fait l'action, simplement dans l'aspect de la chambre, modifie la facilité de l'action. Il faudrait savoir préparer très longtemps d'avance toute action un peu nouvelle et supprimer absolument tout ce qui de près ou de loin peut ressembler à une surprise, etc. La science de la vie psychologique commence à peine.

On ne peut énumérer les cas de toute espèce où des traitements de ce genre ont apporté la guérison. Il est vrai qu'il faut s'entendre sur le mot guérison : il s'agit simplement de la suppression des troubles névropathiques en rapport avec la faillite psychologique ou de la crise d'asthénie proprement dite. De tels malades le plus souvent conservent longtemps, si ce n'est toujours, une notable faiblesse psychologique et ils ne peuvent dépasser un chiffre minime de dépenses sans s'exposer à de nouveaux accidents. Le médecin psychologue doit organiser leur vie en rapport avec leurs ressources modiques. « 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, car alors je ne peux plus me surveiller et je perds mon contrôle : je suis obligée à une stricte économie de mes forces. » Il faut ajouter que cette malade évite ainsi depuis des années des crises de dépression avec délire qui se répétaient à chaque instant et qui l'avaient déjà conduite à l'asile.

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 avons décrit 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.

4. - Les traitements des hypotonies psychologiques

[Retour à la table des matières](#)

Les conditions dans lesquelles il est utile d'appliquer les traitements par l'excitation sont les moins connues et les plus difficiles à déterminer. Ce-, traitements exigent du malade de l'attention, du travail, l'effort : il faut que les sujets aient en eux-mêmes quelques ressources, qu'ils soient susceptibles de se réveiller, de se monter, de s'emballer. Beaucoup de personnes n'en sont pas capables et on comprend que ces procédés ne réussissent pas chez tout le monde. Les médecins qui recouraient autrefois à la métallothérapie se plaignaient des sujets qui ne savaient faire aucun effort pour récupérer ou pour maintenir leur sensibilité. Tous ceux qui ont essayé de faire travailler des déprimés ont pu gémir de la même manière sur leur manque de zèle. Il semble bizarre de guérir des individus épuisés en les faisant travailler et d'éviter la faillite en conseillant de nouvelles dépenses. Nous avons vu que ce n'est pas tout à fait inintelligible, mais il n'en est pas moins évident qu'il faut une grande prudence dans ces spéculations et qu'il faut choisir avec discernement les malades à qui on conseille l'effort et le travail.

En présence d'un névropathe dont les troubles sont fort variés le médecin doit-il ordonner le repos ou le travail, l'économie des forces ou la dépense spéculative ? C'est là malheureusement un problème très difficile dont le plus souvent les psychothérapeutes ne semblent pas soupçonner l'importance. Si je ne me trompe, le médecin ordonne le plus souvent au malade le repos complet, ou la distraction par l'occupation, selon ses propres préférences doctrinales et sans aucun diagnostic psychologique sérieux pour justifier son choix. Certains répètent dans tous les cas : « cessez tout travail, interrompez vos affaires, étendez-vous sur une chaise-longue et réfugiez-vous dans une maison de santé ». D'autres protestent toujours : « évitez cette inertie qui vous abrutira, marchez, sortez, travaillez, amusez-vous, *sursum corda!* » Un jour viendra où l'une ou l'autre ordonnance ne sera plus faite ainsi au hasard. mais sera la conclusion d'une sérieuse analyse psychologique. Malheureusement nous sommes encore loin de cet idéal et nous sommes encore longtemps à la période des indications vagues et des tâtonnements.

D'une manière générale et théorique les traitements excitants conviennent à des malades dont les troubles sont en rapport avec l'abaissement de la tension psychologique plutôt qu'avec la diminution des forces, à des malades qui présentent de l'hypotonie psychologique, plutôt que de l'asthénie proprement dite. Mais c'est là une formule systématique qui ne peut guère diriger la pratique. Si on veut être un peu plus précis on peut faire ces quelques remarques : ces malades peuvent être reconnus d'abord à des caractères négatifs, l'absence ou la rareté des signes physiques et moraux de l'asthénie, des troubles viscéraux, de la faiblesse, des impuissances complètes et momentanées de certaines fonctions dont nous avons signalé l'importance. D'autre part les troubles consistent en altérations de l'initiative, en paresse, en doutes, en aboulies d'une forme particulière, il s'agit de troubles des tendances supérieures, de l'effort moral, du travail, de la réflexion. C'est là que nous observons ces paradoxes

de l'agitation sur lesquels j'ai déjà insisté : les maladies, les affaiblissements réels qui augmentent les véritables asthénies diminuent au contraire les troubles de cette catégorie, tandis que l'augmentation des forces les aggrave. Les obsessions, les phobies, les algies, les manies, les impulsions de toute espèce se comportent comme des agitations qui augmentent quand les forces sont plus considérables. Les troubles semblent dépendre d'une rupture de cet équilibre qui doit exister entre la force et la tension psychologique.

Malheureusement toutes ces indications sont bien difficiles à constater et bien sujettes à l'erreur. Le plus souvent il faudra se fier à l'expérimentation et au tâtonnement. Il me semble bon de commencer en général les traitements de la dépression par l'application des méthodes d'économie et de repos et il ne faut jamais les abandonner complètement, car c'est le repos qui économise les forces dont peut disposer l'excitation. Ce n'est donc que graduellement que l'on peut adjoindre au repos divers essais d'excitation par l'action. Ceux-ci sont continués, augmentés ou réduits suivant leur facilité, suivant leurs résultats, suivant la manière dont l'excitation est supportée.

Quand les conditions favorables à l'excitation semblent réunies, les divers traitements excitants sont employés suivant les circonstances. Certains traitements physiques sont souvent avantageux. Ici se pose le problème de l'usage de; toxiques excitants qui devraient être considérés uniquement comme des médicaments. Je ne peux reprendre ici entièrement cette discussion et j'en rappelle seulement la conclusion, c'est qu'il serait fâcheux de condamner entièrement cet usage quand il est modéré et sérieusement surveillé. D'ailleurs ces excitants comme l'alcool et l'opium seront moins dangereux si on ajoute l'usage des excitants proprement psychologiques tels qu'ils sont indiqués dans plusieurs méthodes psychothérapiques.

Ces méthodes, aussi bien l'aesthésiogenie que l'excitation par le travail consistent toujours à faire agir le malade, à déterminer chez lui une action: un nouveau problème se pose, en rapport avec un nouveau diagnostic : quelle action faut-il choisir ?

Certains malades ont déjà des impulsions qui les poussent vers telle ou telle action excitante. Le médecin doit d'abord étudier et régler ces impulsions qui presque toujours contiennent ou ont contenu quelque excitation utile, mais qui se sont transformées par l'abus d'une manière dangereuse. Bien entendu il faut supprimer les actions dangereuses pour le malade au point de vue social ou hygiénique, il faut également lutter contre les impulsions que je qualifierais d'erronées dans lesquelles le malade cherche une excitation qu'elles ne peuvent pas lui fournir. Au contraire il est souvent juste de conserver au moins en partie certaines impulsions à la recherche de l'amour, de la domination, du succès, etc., qui dans leur principe ne sont pas absurdes. Le malade n'en obtient plus de bons effets d'abord parce qu'il agit maladroitement et qu'il ne réussit pas à obtenir ce qu'il désire, ensuite parce qu'il répète l'action trop souvent quand la tendance épuisée ne peut plus parvenir à l'activation complète. Le rôle du médecin est de régler ces impulsions plutôt que de les supprimer. Ce qui, comme on l'a vu, constitue principalement le danger des impulsions, c'est leur étroitesse, leur exclusivisme. Au lieu de chercher l'excitation dans un seul acte toujours le même, il faut la chercher dans diverses actions empruntées à diverses tendances, ce qui permet de réussir plus souvent et à moins de frais. Des instructions de ce genre arrivent plus souvent qu'on ne le croit à transformer des impulsions pathologiques en instruments de guérison. Bien souvent nous avons à faire à des malades déprimés qui n'ont pas d'impulsions et le rôle du médecin est quelque fois de travailler à leur en créer. Il faut leur indiquer des actions qu'ils soient capables d'accomplir et qui leur laissent des

bénéfices et il faut leur apprendre à les accomplir correctement et complètement de la manière qui peut les rendre excitantes.

Quand le plus grand nombre des troubles sont déterminés par l'absence ou l'insuffisance d'une certaine action, comme cela arrive dans les réminiscences traumatiques et dans les accrochages, il est évident que c'est cet acte qu'il est particulièrement important d'obtenir.

Beaucoup plus souvent les actes insuffisants sont plus nombreux, se présentent plus fréquemment : il ne s'agit pas précisément de faire accomplir un acte une fois pour toutes, mais de restaurer une tendance et d'apprendre au sujet à faire régulièrement des actes d'une certaine nature. Chez les malades qui ont des phobies, par exemple, les angoisses qui semblent survenir dans des conditions déterminées sont le plus souvent la conséquence de l'insuffisance des actes qui devraient se réaliser dans ces circonstances. Dans certains cas il s'agit de restaurer des tendances psychologiques en rapport avec quelque fonction physiologique, l'alimentation et la respiration par exemple. Dans d'autres, il faut travailler à restaurer les actes sociaux car l'aboulie sociale joue un grand rôle dans nombre de phobies, dans les agoraphobies, les éreutophobies, les innombrables formes de la timidité pathologique. Quelquefois les troubles des malades indiquent l'arrêt d'une fonction intellectuelle, d'une certaine catégorie de perceptions, de croyances, de raisonnements et ici encore l'action qu'il faut rechercher semble assez bien déterminée.

Le plus souvent d'ailleurs il n'en est pas ainsi, la dépression porte sur l'esprit tout entier et la réalisation d'une action particulière ne semble pas beaucoup plus importante que celle d'une autre. Ce serait une erreur de chercher quelque chose qui leur plaise, qui les intéresse, car leur maladie consiste justement en ce qu'ils ne peuvent s'intéresser à rien. L'intérêt est une forme de l'activité des tendances, il est déjà un degré d'activation et il faut que la tension soit déjà relevée pour qu'il y ait intérêt.

La seule préoccupation que l'on puisse avoir alors quand il s'agit de choisir l'action qui deviendra source d'excitation, est une préoccupation de commodité. Il est naturel de chercher avant tout l'action la plus facile à obtenir. Celle qui le plus facilement procurera au sujet un succès dans les conditions où il se trouve. Les plus simples de ces actions consistent en mouvements simples des membres que le malade peut exécuter sans avoir à parler et sans avoir à se préoccuper des personnes environnantes. La toilette, le ménage, la couture, la promenade, la bicyclette, les travaux de jardinage, de menuiserie, etc., sont de ce genre.

Des exercices beaucoup plus importants dont l'effet excitant peut être plus intense sont les actes où la parole entre en jeu. Il est souvent très utile de forcer certains malades à parler clairement d'un sujet quelconque. Quand ils sont fort déprimés, il n'y a guère qu'un sujet dont ils puissent parler, c'est d'eux-mêmes et de leurs souffrances. Quoique cela paraisse bizarre et même quelquefois dangereux, il me semble souvent utile de laisser le malade parler de lui-même abondamment et de l'amener à exprimer ses craintes et ses obsessions, en évitant bien entendu les excès de parole. Il faut seulement exiger que cette expression des idées soit faite avec le plus de clarté et de netteté possible.

Un exercice inverse peut avec avantage être associé à celui-ci : le malade qui raconte ses misères au médecin qui apprend à les dire complètement et d'une manière intelligible, doit en même temps éviter d'en parler à tort et à travers à tout le monde

comme il le faisait auparavant. Il y a là un effort pour garder le silence devant les membres de la famille aussi avantageux pour ceux-ci que pour le malade. Quand un obsédé peut arriver à garder ses confidences pour le médecin et à simuler la guérison devant les autres personnes il a fait un pas énorme.

Ces deux conduites précédentes me paraissent de nature à mettre en exercice une tendance qui restait latente chez les malades de ce genre, la tendance à se confier à une personne déterminée. Ces malades en effet ont le besoin de se confier, mais en réalité n'arrivent pas à se confier : ils sont à la fois bavards et réservés, ils parlent à tort et à travers de certaines idées obsédantes et ils sont très renfermés sur leurs véritables sentiments et sur leurs préoccupations réelles. Dans la plupart des cas il est très utile de les amener à se montrer tels qu'ils sont. On peut rapprocher de ce travail un ensemble d'autres actions également difficiles, mais dont les effets sont bien intéressants, et qui consistent dans la conscience et l'expression des sentiments. Les névropathes sont considérés en général comme des sensibles et des émotifs, parce qu'ils sont disposés à présenter à tout propos et hors de propos des dérivations émotionnelles en apparence considérables, mais il ne faut pas, en conclure que leurs sentiments soient en réalité toujours justes et profonds. Exiger que le sujet cesse la blague et l'ironie quand il exprime un sentiment, qu'il ne l'arrête pas, qu'il le laisse se développer complètement, qu'il se fâche ou qu'il pleure réellement s'il en a envie, c'est là une opération délicate sans doute qui ne peut être faite que dans des circonstances assez particulières, mais qui donne plus souvent qu'on ne le pense des résultats très intéressants.

On peut appeler exercices intellectuels ceux dans lesquels des efforts d'attention, de représentation, de comparaison jouent un rôle. Ce sont là chez des malades d'esprit cultivé des actions assez faciles à organiser et à diriger et qui, quoique peut être moins puissantes que les actes matériels ou sociaux ont cependant une grande efficacité.

Il n'y a pas lieu d'insister davantage sur la nature des actes qui peuvent servir de point de départ à l'excitation, car l'essentiel n'est pas le contenu même de l'acte, mais la façon dont l'acte est exécuté. Des actes tout à fait les mêmes en apparence se sont montrés insignifiants, ou ont été le point de départ de dépressions graves, ou ont servi d'excitants et ont relevé pour longtemps la tension psychologique.

Il faut, comme on l'a vu, en étudiant le principe de l'excitation, que l'acte parvienne à son dernier terme, qu'« il soit terminé physiquement, socialement, psychologiquement ». Pour déterminer une excitation du sujet il faut d'abord obtenir que l'acte soit réellement terminé d'une façon matérielle, de manière à ce qu'une modification nette des objets ou de la situation soit apparente. Cela est déjà difficile, car il s'agit de malades qui ne terminent guère et qui le plus souvent arrêtent leur action avant d'avoir obtenu une conclusion apparente. Le succès est un élément essentiel de ce traitement par l'action. Dans bien des cas le succès social sera caractérisé par l'attitude des témoins, par leurs félicitations, par les réponses aux lettres, par toutes sortes de preuves tangibles. Il est plus difficile de constater la perfection psychologique de l'acte. Il faut l'inférer des sentiments que le sujet exprime à ce propos. C'est pourquoi il faut obtenir que l'acte soit accompli avec conscience et que le sujet se rende compte de ce qu'il fait. Il faut voir disparaître les sentiments d'incomplétude qui d'ordinaire accompagnent les actions et voir apparaître à leur place les sentiments opposés, les sentiments du réel, de l'unité, de la liberté et surtout le sentiment de la satisfaction, du plaisir qui est un caractère important de l'acte complet.

Pour obtenir des actions de ce genre il est nécessaire de tenir compte d'un certain nombre de conditions. Il faut d'abord choisir le moment favorable : souvent le malade a besoin d'un repos préalable dans le plus grand calme. Dans bien des cas il faut une longue préparation, car un des caractères essentiels de cette activité pathologique est la lenteur. Bien souvent, si ces déprimés n'arrivent pas eux-mêmes à accomplir les actions utiles qui les relèveraient c'est que, dans les conditions normales de la vie, ils n'arrivent jamais à agir assez vite. Le changement rapide des circonstances et surtout le rythme ordinaire de la vie sociale ne leur laisse que rarement le temps suffisant pour agir. Le médecin les prend à part, les isole des autres circonstances et des autres personnes, il écarte la pensée des autres problèmes et force le malade à préciser les difficultés qui arrêtent son esprit, mais surtout il maintient pendant longtemps la pensée du malade sur la même action et lui donne le temps de la vouloir réellement.

Les traitements par excitation ne sont pas toujours applicables non seulement chez les malades trop affaiblis, mais encore chez les sujets pusillanimes, de mauvaise volonté ou que la maladie a rendus tels, chez ceux qui arrivent trop vite à des agitations ou à des épuisements dangereux ces traitements ne donnent que des résultats insignifiants. Il y a des malades chez qui cette excitation a été pendant un certain temps possible et utile et qui après quelques années retombent plus profondément et définitivement. J'ai montré à ce propos quelques expériences qui permettent de présager cette chute dans les démences psychasténiques progressives.

Mais il y a nombre de cas où ces mauvaises circonstances ne se présentent pas et où l'amélioration est intéressante. L'effet de cette excitation se manifeste quelquefois pendant la séance même : dans la première partie de la séance les malades arrivent déprimés, gémissants, mécontents d'eux-mêmes et des autres. Beaucoup après quelques efforts de volonté et d'attention changent au point de devenir méconnaissables. Malgré une certaine fatigue, ils entrent dans une période d'euphorie qui mérite bien d'être appelée une période d'influence.

Les malades plus ou moins débarrassés de leurs obsessions ont retrouvé la volonté et l'attention ; ils sont devenus capables d'agir, de s'adapter aux conditions sociales et mêmes de travailler utilement. Ils sont heureux et ils expriment leur bonheur avec un singulier enthousiasme : « Je vis avec plus d'entrain, je trouve du temps pour tout et j'ai de l'ordre ; ... à l'ahurissement de tous je deviens exacte, je rattrape ma personnalité... Il me semble que j'assiste à un printemps de ma vie ». Nous retrouvons les sentiments singuliers de voir plus clair, de trouver le jour plus brillant, de commencer une autre vie. A moins qu'il ne s'agisse de sujets tout à fait au terme de leur maladie, cette période heureuse ne se prolonge pas indéfiniment. Au bout d'un temps variable et d'ordinaire malheureusement assez court « un brouillard tombe de nouveau sur leur tête » l'énergie de leur activité disparaît et les sottises ordinaires recommencent.

Ces oscillations curieuses sont très importantes au point de vue psychologique, elles permettent d'étudier les modifications de la tension sous l'influence du travail et de la fatigue, sous l'influence des émotions tantôt excitantes, tantôt dépressives, elles donnent une explication curieuse des sécheresses et des béatitudes religieuses : au point de vue médical, elles sont précieuses pour indiquer les lois du relèvement des malades.

Soit par des procédés aësthésiogéniques quand leur application est possible, soit par d'autres excitations on peut relever un certain nombre de malades déprimés. Des

états psychasténiques avec obsessions prolongées pendant des années peuvent être transformés, des crises de dépression peuvent être fort abrégées. La coïncidence des améliorations mentales avec les essais de ces thérapeutiques est souvent fort intéressante. Il y a dans les médications psychologiques par l'aesthésiogenie et l'excitation toute une thérapeutique qui est sans doute à ses débuts et dont l'application est encore difficile, mais qui complète dans des cas différents les médications par l'automatisme et par l'économie des forces.

Troisième partie : Les résultats des psychothérapies

Chapitre II

La psychothérapie

[Retour à la table des matières](#)

Toutes ces éducations, ces directions, ces divers traitements par la suggestion ou par l'excitation ont été souvent réunis sous un même titre, celui de la Psychothérapie, que l'on a considérée comme une forme particulière de la médecine. Cette notion de la psychothérapie est encore bien vague : il n'est pas facile de s'entendre sur sa signification ni d'apprécier son importance.

Un premier groupe de définitions considère la psychothérapie comme le traitement des troubles de l'esprit. C'est évidemment là un des buts de la psychothérapie, mais d'abord il faut étendre la conception des troubles de l'esprit et bien comprendre qu'il ne s'agit pas uniquement de l'aliénation mentale proprement dite, mais de toutes les altérations de la conduite quelles qu'elles soient et en outre il ne faut pas oublier que beaucoup d'auteurs parlent de psychothérapie à propos de maladies d'estomac, d'entérites, de troubles vésicaux, qui peuvent être en rapport avec des troubles de l'esprit, mais qui à proprement parler ne sont pas des troubles de l'esprit. Ces définitions s'appliquent plutôt au mot « psychiatre » qu'il ne faut pas confondre avec « psychothérapie ».

La plupart des autres définitions ne considèrent pas l'esprit comme l'objet de la psychothérapie, mais comme le moyen qu'elle emploie et la définissent par l'usage

qu'elle fait de certains phénomènes déterminés. Comme le disait très bien Grasset : « L'électrothérapie, l'hydrothérapie ne sont pas des traitements de l'électricité ou de l'eau, mais des traitements par l'électricité et par l'eau, la psychothérapie est un traitement non de l'esprit mais par l'esprit ». C'est à cette conception que se rattachent la plupart des définitions les plus communément admises de la psychothérapie.

Je serais assez disposé à admettre une de ces formules si je n'avais quelques scrupules et si je ne craignais que ces définitions ne soient encore un peu restreintes. Elles semblent admettre que l'action thérapeutique du médecin doit provoquer uniquement et directement des phénomènes psychologiques ; elles semblent exclure les procédés qui semblent en partie physiques et qui ont une action indirecte sur le moral. En parlant des traitements psycho-physiologiques, j'ai rappelé les expériences de Moreau (de Tours) sur le haschich, les traitements par l'alcool, par l'opium, ou simplement par les purgatifs, les thérapeutiques qui essayent de modifier les sécrétions internes ou les fonctions du sympathique, etc. etc., j'ai soutenu qu'on aurait bien tort de ne pas leur donner droit d'entrée dans la psychothérapie. Dans nos efforts pour modifier la conduite d'un homme nous ne pouvons pas séparer radicalement ce qui est physique et ce qui est moral : nos conseils sont donnés par des paroles qui contiennent des phénomènes physiques de même que la conduite de l'homme contient des mouvements aussi bien que des idées. Le médecin qui pour faire une suggestion fait avaler des pilules de mica partisi, des cachets de bleu de méthylène ou qui fait une séance d'électrisation mêle des actions physiques avec son action morale. Les changements de régime, les purgatifs, les substances calmantes ou enivrantes ont une action à la fois physique et morale.

D'une manière plus générale peut-on séparer avec précision les fonctions physiologiques et les fonctions psychologiques ? « Les troubles névropathiques, comme je le montrais dans mon livre sur les médications psychologiques sont l'expression de l'activité de tout l'organisme, de sa croissance, de son évolution, de son involution. Les organes et les fonctions qui interviennent dans ces phénomènes nous sont mal connus, leurs troubles sont à peine soupçonnés ; mais ils existent et doivent être étudiés de plus en plus. La psychologie n'est pas indépendante de la physiologie, mais elle réclame une physiologie plus délicate, plus profonde que celle de la digestion ou de la respiration. L'étude des maladies nerveuses et mentales loin de pouvoir se passer des connaissances physiologiques et médicales réclamera de plus en plus une physiologie et une médecine bien plus approfondies. Le traitement de ces maladies, loin de pouvoir être entrepris après des études médicales sommaires, appartiendra au clinicien le plus consommé et demandera l'usage de tous les examens et de tous les procédés les plus délicats ¹ ».

Des traitements de ce genre doivent-ils encore se rattacher à la psychothérapie ? Ils me semblent continuer à en faire partie à plusieurs titres. En premier lieu, l'application même de ces traitements demandera des connaissances psychologiques et des procédés fondés sur des lois psychologiques. Dans les maladies ordinaires qui ne troublent pas la conduite, il suffit de donner au malade des conseils, une ordonnance : « laissez-vous faire une telle opération... suivez tel régime... prenez tel médicament... ». Suffirait-il de se conduire de la même façon avec un malade névropathe, de dire à une hystérique anorexique de manger plus et à un psychasténique qui a des impulsions boulimiques de manger moins ? Il ne suffit pas avec ces malades de donner un conseil ou de corriger une erreur, il faut faire comprendre, faire accepter, faire

¹ Op. cit., II, p. 299.

exécuter, par des malades qui ont des troubles de l'intelligence, de la croyance, de la volonté : c'est toute autre chose et le traitement reste en majeure partie un problème de psychologie.

Mais il y a plus à dire, le diagnostic même de ces troubles délicats de l'organisme, le choix des médications, l'appréciation des effets du traitement ne pourront être faits que par des études et grâce à des méthodes psychologiques. Il faudra toujours pour apprécier ces troubles de l'évolution de l'organisme, reconnaître les phénomènes et les degrés de la dépression, étudier l'excitation produite par certaines médications, la reconnaître et la distinguer de l'agitation, ce qui est toujours difficile, etc. et tout cela demande des recherches psychologiques.

En réalité ce sont les sciences qui sont séparées et non les objets la psychologie est une discipline distincte de la physiologie et les thérapeutiques se séparent suivant qu'elles se réclament plutôt de l'une que de l'autre. Ce qui distingue deux procédés de traitement ce sont les raisons qui ont déterminé leur choix. Une thérapeutique est chimique parce que les médicaments qu'elle prescrit sont choisis d'après nos connaissances chimiques ; une thérapeutique est physique parce que les procédés qu'elle recommande sont une application des enseignements des sciences physiques. On fait de la psychothérapie toutes les fois qu'on applique des lois de la psychologie. Si je donne une purge à un malade simplement parce que je songe à l'action du purgatif sur les fibres de l'intestin je fais de la thérapeutique physiologique, si je donne la même purge à un malade atteint de confusion mentale parce qu'un grand nombre d'études m'ont montré une relation régulière entre les intoxications et les troubles psychiques de ce genre, parce que j'espère par une désintoxication rendre la pensée du malade plus lucide, je fais de la psychothérapie.

J'arriverai ainsi à proposer la définition suivante : la psychothérapie est un ensemble de procédés thérapeutiques de toutes espèces aussi bien physiques que moraux, applicables à des maladies aussi bien physiques que morales, procédés déterminés par la considération de faits psychologiques observés antérieurement et surtout par la considération des lois qui règlent le développement de ces faits psychologiques et leur association soit entre eux, soit avec des faits physiologiques. En un mot, la psychothérapie est une application de la science psychologique au traitement des maladies.

1. - L'évolution de la psychothérapie

[Retour à la table des matières](#)

Pendant longtemps la psychothérapie a été pratiquée d'une façon que l'on peut appeler inconsciente ou du moins irraisonnée. Elle jouait un grand rôle dans les traitements miraculeux dans les influences des religions ou des morales mais les effets que l'on constatait n'étaient pas rattachés à leur véritable cause.

Au siècle dernier la psychothérapie semble avoir pris conscience d'elle-même. La renaissance de l'hypnotisme avait provoqué un grand enthousiasme : « L'esprit n'est

pas quantité négligeable, avait dit M. Bernheim, il existe une psycho-biologie, il existe aussi une psychothérapeutique, c'est un grand levier que l'esprit humain et le médecin guérisseur doit utiliser ce levier ». Beaucoup de médecins, comme le Dr A.T. Myers en 1893, ajoutaient: « *Nascitur ars nova medendi* ; il faut agir, non par l'estomac ou par le sang, mais par la pensée. Il faut pénétrer plus profondément dans le malade en appelant à la rescousse toutes ses forces le plus secrètes ». Sans doute l'hypnotisme et la suggestion après la lutte contre l'école de Charcot, avaient traversé une période de décadence ; mais la thérapeutique morale n'avait pas disparu, elle avait seulement changé un peu son nom, elle s'était présentée sous la forme de traitements par le raisonnement et la persuasion. La moralisation médicale de M. Dubois (de Berne), le mouvement Emmanuel et le « new thought movement » en Amérique, les traitements par l'isolement et le repos, les procédés groupés sous le nom de psychoanalyse ne sont que des développements des mêmes croyances sous des noms différents.

Encore au début de ce siècle on avait vu éclore dans tous les pays et dans toutes les langues, surtout dans les pays de langue anglaise une énorme littérature sur ce nouveau moyen de soulager l'humanité souffrante. Pour ne prendre qu'un exemple dans les États-Unis d'Amérique des chaires de psychothérapie avaient été fondées, comme celle de M. Morton Prince à Tuff's collège médical school, à Boston, de nombreuses conférences étaient faites de tous côtés sur ces sujets, des revues et toutes sortes d'ouvrages étaient consacrés spécialement à ces études. J'ai déjà fait remarquer l'importance d'une littérature à demi-scientifique, à demi-populaire publiée surtout en Amérique ; j'ai signalé les publications de la new thought C°, le grand ouvrage de vulgarisation publié par Parker « Psychotherapy » en trois volumes in-4° qui parut à New-York en 1909 et auxquels collaborèrent un grand nombre de professeurs de neurologie et de psychiatrie, des philosophes et des psychologues aussi bien que les représentants des diverses religions. Il était évident que le mouvement de l'ancien magnétisme animal, de l'hypnotisme et il ne faut pas l'oublier de la « Christian science » de Mrs Eddy avait gagné le grand public. C'est dans ces conditions que mes leçons sur la psychothérapie faites à Boston en 1904 et au Collège de France en 1907 essayaient d'apporter quelque contribution à un ensemble d'études intéressant.

Cependant, si je ne me trompe, ce mouvement se ralentit aujourd'hui et il y a une diminution des études sur la psychothérapie proprement dite, de même qu'en 1895 il y eut une chute de l'enthousiasme provoqué par l'hypnotisme. Ces oscillations de certaines études difficiles et passionnantes sont inévitables et perpétuelles dans tous les domaines de la science : elles sont la conséquence de désillusions après des enthousiasmes excessifs.

La psychothérapie pas plus que l'hypnotisme n'a donné tout ce qu'on attendait d'elle. Si elle était réellement puissante elle devrait, semble-t-il, nous fournir des médications nombreuses et précises en nous indiquant exactement leurs effets, les modifications bien déterminées morales ou physiques qui suivent leur emploi. C'est ce que font assez bien les formulaires de la thérapeutique physique, quand ils nous parlent de médicaments calmants, soporifiques, purgatifs, altérants, etc. : le médecin peut choisir suivant les cas et les besoins. Il n'existe rien de tel dans la psychothérapie et certains prétendent même que toute classification de ce genre est impossible « parce que les traitements sont personnels et varient simplement avec chaque individu qui les applique ». Cela est fort exagéré, l'originalité de chaque psychothérapeute n'est le plus souvent qu'apparente et il ne faut pas croire que son traitement est nouveau, parce qu'il le désigne par un mot nouveau. Mais il est certain que ces

traitements étant connus et décrits d'une manière très vague on voit difficilement les relations qu'ils ont les uns avec les autres. Une thérapeutique fondée sur des lois doit surtout nous indiquer les conditions dans lesquelles telle ou telle médication doit être employée, nous montrer en un mot les indications de chaque traitement. Des indications de ce genre existent encore moins dans la psychothérapie. Les dénominations et les diagnostics des troubles psychologiques sont très vagues et tout à fait livrés à l'arbitraire des conventions d'écoles. Quant au diagnostic proprement psychothérapique qui serait indispensable, nous avons vu qu'il existait à peine.

Sans doute, comme nous en avons fait la remarque à propos des applications, la psychothérapie semble bien avoir une action efficace d'une manière générale ; mais, dans les applications pratiques à des cas particuliers, elle ne présente pas la certitude ou même la probabilité que l'on obtient dans nombre de thérapeutiques chirurgicale ou médicale. Nous n'avons pas le droit de reprocher aux psycho-thérapeutes les insuffisances de leurs méthodes : ils se contentent d'appliquer une science et les insuffisances de l'application montrent simplement les insuffisances de la science psychologique elle-même.

Le découragement serait encore plus maladroit que l'enthousiasme excessif des premiers temps : à côté des faiblesses il est facile de constater les progrès véritables. La médecine a appliqué au soulagement des misères humaines toutes les découvertes scientifiques même les plus incomplètes et elle a voulu utiliser immédiatement la notion d'une loi naturelle, même quand la science commençait à peine à la soupçonner. La psychothérapie a voulu tirer parti de ces innombrables observations des moralistes qui montraient une certaine relation entre des modifications de la santé physique ou morale et l'apparition de certains phénomènes dans l'esprit. Les premiers essais de psychothérapie ont eu un caractère très général et très vague : s'appuyant sur quelques observations en général très peu précises on cherchait à opposer à des troubles physiques ou moraux quelconques, mal déterminés, des phénomènes psychologiques également quelconques et mal précisés. Ce fut le caractère essentiel des premières thérapeutiques religieuses, philosophiques ou morales.

Une connaissance un peu plus précise de quelques faits et de quelques lois psychologiques a donné naissance à des essais de psychothérapie un peu plus scientifique. Les études sur les tendances, sur les réflexes psychiques, sur les divers automatismes psychologiques ont permis d'utiliser les diverses formes de la suggestion qui cherche à déterminer automatiquement le fonctionnement de telle ou telle tendance. Il en résulte que la suggestion hypnotique n'est plus une thériaque vague que l'on ne peut discuter. C'est un traitement déterminé et en somme d'application restreinte que l'on peut blâmer ou que l'on peut approuver, que l'on peut conseiller plus ou moins souvent, dont on peut constater les résultats. Si je ne me trompe, de tels caractères sont extrêmement importants, ils nous font sortir de la période religieuse et morale pour nous faire entrer dans la période proprement scientifique de la psychothérapie.

Les notions sur la fatigue, sur l'épuisement, sur la dépression qui suit les dépenses de l'action excessive ont conduit à une thérapeutique par l'économie des forces mentales, soit que l'on cherchât à supprimer par la désinfection de l'esprit des dépenses en rapport avec certains souvenirs, certaines tendances fâcheuses, soit que l'on cherchât par la suppression des mouvements et des actes, par l'isolement et la restriction de la vie sociale à restreindre les dépenses de la vie. L'examen des transformations que l'éducation permet d'obtenir chez les jeunes enfants a donné naissance à une foule de

traitements par la gymnastique ou la rééducation. Enfin les conceptions beaucoup plus hypothétiques qui essayent d'interpréter les changements caractéristiques du réveil, de l'effort, de l'attention, les augmentations merveilleuses des forces que semble déterminer la confiance, la foi, l'enthousiasme ont permis d'entrevoir la puissance des traitements par l'excitation.

Il me paraît bien difficile d'attribuer au pur hasard toutes les améliorations, toutes les guérisons même qui ont été fort bien décrites dans de nombreuses études de la psychothérapie. J'ai insisté moi-même assez longuement sur de nombreuses observations où l'action efficace de tel ou tel procédé de traitement ne pouvait guère être mise en doute. Dès maintenant la psychothérapie entendue dans le sens large, en y comprenant tous les procédés de traitement déterminés par la connaissance des lois psychologiques ou physio-psychologiques a certainement rendu dans un grand nombre de cas des services manifestes.

2. - Les progrès de la psychothérapie

[Retour à la table des matières](#)

Pour comprendre la valeur de ces efforts et les résultats qu'ils promettent pour l'avenir il faut peut-être changer un peu certaines de nos conceptions sur les maladies mentales et sur les sciences psychologiques.

Au début des études sur l'aliénation on a trop isolé les maladies mentales ; on les a construites sur le modèle des maladies à lésions anatomiques, on leur a attribué une existence indépendante et précise et une évolution rigoureuse. On comprend mieux aujourd'hui qu'il ne s'agit pas de maladies spéciales indépendantes des autres, mais qu'il s'agit de manifestations particulières de toutes les autres maladies de l'organisme, d'une expression de l'affaiblissement et de toutes les perturbations de son évolution vitale.

Les répartitions de ces maladies dans des cadres immuables, les affirmations sur leur évolution régulière et fatale me semblent encore plus téméraires que tous les rêves des psycho-thérapeutes les plus enthousiastes. Sauf dans quelques périodes terminales où l'on peut voir une certaine régularité, l'observation clinique nous, montre dans les maladies de l'esprit une étonnante variabilité et une irrégularité déconcertante. Les troubles physiologiques et psychologiques se transforment incessamment sous toutes les influences physiques et morales et nous avons beaucoup de peine à énumérer les innombrables phénomènes qui font osciller comme un ludion le niveau mental des malades. S'il en est ainsi comment affirmer a priori que seuls les événements fortuits peuvent exercer une action favorable et que jamais nos pratiques volontaires et concertées n'auront un semblable succès ? Ce serait nier d'avance toutes les inventions, toutes les applications pratiques des sciences.

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 celle 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 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. On arrivera de plus en plus à comprendre que les types de maladies mentales que nous distinguons comme de véritables folies ne sont que des degrés différents d'un trouble qui a subi toutes sortes d'évolutions et dont le premier germe se trouvait dans les troubles du caractère.

Il sera facile de se rendre compte qu'en modifiant ces premiers degrés de l'affaiblissement psychologique on supprimera le développement des formes plus graves. La plupart des maladies mentales sont curables dans une forte proportion pendant les premières phases de l'affection. Il faut renoncer à considérer les malades mentaux comme des malades exceptionnels distincts des autres qu'il faut se borner à garder dans des asiles spéciaux. C'est là le dernier reste des préjugés sur l'aliénation que l'on croyait avoir détruits au moment de la réforme de Pinel, d'Esquirol, de William Tuke, mais qui sont restés vivants dans notre conception des asiles spéciaux pour aliénés. Ces maladies doivent être de plus en plus traitées dans des hôpitaux et des dispensaires ordinaires à la façon des autres maladies. Des consultations libres qui commencent à s'organiser dans divers pays et qui existent à peine dans le nôtre permettront de dépister les premiers symptômes et d'organiser une véritable prophylaxie mentale.

C'est aussi la conception de notre science psychologique qui se modifie peu à peu, par les tentatives de mise en pratique. Les premières tentatives de la psychothérapie ont réveillé la psychologie et l'ont brutalement rappelée à la question. L'évolution des connaissances humaines suit rarement une marche logique : les applications qui devraient dériver des théories et des sciences les précèdent et souvent les dirigent. Ce sont les nécessités des applications thérapeutiques qui forcent aujourd'hui la psychologie à aborder l'étude qui lui est propre, la description et l'explication scientifique de la conduite humaine. Des études précises sur des détails de cette conduite, sur le besoin d'aimer, sur la jalousie, sur la timidité, etc. qui semblaient être autrefois des accessoires insignifiants, des compléments littéraires surajoutés à la véritable psychologie doivent être considérés comme l'essentiel d'une psychologie vraiment pratique et utile. La recherche des lois relatives aux variations de l'humeur, aux degrés de l'activité, aux formes de l'émotion ne doit pas être laissée aux romanciers, mais elle doit être au premier plan des préoccupations des psychologues, puisque c'est sur ces lois que doit précisément se fonder toute la psychothérapie.

Le médecin a fait tout à coup appel à la psychologie et lui a demandé de lui rendre des services auxquels elle n'était pas du tout préparée. Elle s'est montrée insuffisante à sa tâche et c'est ce qui a jeté le discrédit sur la psychothérapie elle-même. Mais cet insuccès l'a forcée d'entreprendre des études nouvelles à de tout autres points de vue, ce qui l'a entièrement régénérée.

Une étude importante que la psychologie considérait avec une certaine répugnance est introduite pour ainsi dire de force par les besoins de la clinique et de la thérapeutique. La psychologie qui s'était séparée de la métaphysique redoutait les spéculations sur les forces et les degrés des forces. Elle avait repoussé la doctrine des facultés de peur de paraître indulgente aux anciennes spéculations sur les puissances internes. Eh bien, la maladie nous présente immédiatement des affaiblissements, des

renforcements, des oscillations de tension à propos de toutes les tendances et l'on ne peut pas traiter un névropathe si l'on ne veut pas tenir compte de ces problèmes fondamentaux.

Comme je le disais en terminant mon ouvrage sur les médications psychologiques : « La psychologie est obligée d'aborder le problème de l'administration économique des forces de l'esprit. Il est probable qu'un jour on saura établir le bilan et le budget d'un esprit comme on établit ceux d'une maison de commerce. A ce moment le médecin psychiatre sera capable de bien utiliser de faibles ressources en évitant les dépenses inutiles et en dirigeant l'effort exactement au point nécessaire ; il fera mieux, il apprendra à ses malades à augmenter leurs ressources, à enrichir leur esprit. J'espère que ces travaux n'auront pas été tout à fait inutiles à ceux qui découvriront un jour les règles de cette bonne administration de la fortune psychologique ».

Fin