2. Somatogène ou psychogène?

par le Prof. DUBOIS, Berne.

Le vocabulaire médical s'est enrichi dans les trente dernières années de mots nouveaux dérivés de la racine „psychè“: *psychothérapie, psycho-analyse, psychasthénie, psychique* et *psychogène.*

On oppose à ces deux derniers termes ceux de *somatique* et *somatogène.* La distinction qu'on établit ainsi doit donc être nettement définie et il semble qu'il faille pour cela aborder le troublant problème des rapports de *l'âme* et du *corps.*

Ce serait regrettable au point de vue médical, car on n'arriverait jamais au but. Il y aura toujours une écrasante majorité de *dualistes spiritualistes* convaincus de l'hétérogénéité des deux substances, âme et corps, et une infime minorité de *monistes matérialistes* qui envisagent au point de vue strictement physiologique, donc déterministe, les *phénomènes psychiques.* L'accord ne pourra jamais se faire.

J'estime que pour les besoins de la médecine et particulièrement de la thérapeutique, il n'est pas nécessaire de s'attaquer à ce problème qui paraît insoluble, parce qu'il est d'ordre métaphysique. Il suffit que nous sachions bien ce que nous voulons dire par ces mots: *somatique* et *somatogène, psychique* et *psychogène* et, sur ce point, il sera facile de nous entendre.

Dans mon livre de 1904: „Les Psychonévroses et leur traitement moral“, j'avais cru définir le but de la psychothérapie en disant: *A mal psychique, traitement psychique.* Ce principe a été généralement compris, admis et on ne m'a opposé aucune objection sérieuse.

Je dois cependant y apporter une correction importante et je dirai aujourd'hui, serrant de plus près la vérité: A mal *d'origine psychique,* c'est-à-dire *psychogène, traitement psychique.*

Somatogène ou *psychogène,* voilà la distinction capitale à établir, car c'est d'elle que dépend le choix des moyens thérapeutiques.

Il ne suffit pas d'opposer *somatique* à *psychique.* En effet, des troubles de la *mentalité* peuvent être provoqués, dans une certaine mesure, par des *causes physiques* (traumatismes, intoxications, infections, lésions cérébrales, etc.) et, quoique *psychiques* dans leur essence, exiger un traitement *physique.* D'autre part, nous observons journellement des *troubles des fonctions physiologiques,* donc *somatiques,*

qui naissent sous l'influence *d'états d'âme* et ne peuvent être dissipés que par une psychothérapie. Ce n'est donc pas la *nature* des symptômes, (somatiques ou psychiques) qui nous importe, mais bien leur *cause primaire,* si nous voulons obéir à l'adage fondamental de toute thérapeutique comme de toute prophylaxie: *Sublata causa tollitur effectus.*

Il est regrettable pour notre œuvre de médecins que le *diagnostic étiologique,* le seul utile, soit si difficile à établir. Cela explique notre impuissance fréquente, si bien qu'on peut encore aujourd'hui dire avec Chomel: La médecine *guérit quelquefois;* elle *soulage souvent;* elle *console toujours.* Remarquez tout particulièrement cette dernière affirmation de l'illustre clinicien; elle met au premier plan l'influence morale même dans les maladies du corps.

Il y a donc là une distinction capitale qu'on *peut* faire assez facilement et qu'on *doit* faire, parce qu'elle détermine la conduite du médecin: Il faut avant tout reconnaître si la *cause* des troubles fonctionnels (somatiques ou psychiques, peu importe) doit être cherchée dans le *corps* ou dans *l'esprit.*

J'ai dit que cette distinction nécessaire est relativement facile. Le diagnostic entre *somatique* et *psychique* se fait le plus souvent par deux voies, d'une part „per exclusionem" en établissant par l'examen clinique l'intégrité des organes, d'autre part, directement, par la constatation des désordres de l'idéation. Mais, comme je l'ai dit et le répète, cela ne suffit pas. Il faut encore déceler *l'étiologie vraie,* la *cause primaire.* Précisons ces données.

Nous appellerons **somatogènes** *les troubles fonctionnels (physiologiques ou psychologiques) qui reconnaissent pour cause primordiale une altération des organes, pour autant que nos connaissances en physiologie pathologique nous permettent d'établir cette dépendance.*

Ainsi le *délire* (état psychique en lui-même) d'un homme ivre, d'un fébricitant, d'un paralytique général, sera qualifié de *somatogène,* malgré la nature évidemment psychique des symptômes.

Nous appellerons d'autre part **psychogènes les mêmes troubles fonctionnels** *quand leur genèse est dans* **l'esprit,** *c'est-à-dire quand ils dépendent des* **phénomènes de conscience:** *représentations mentales, idées, sentiments.*

Peu importe que nous envisagions ces termes au point de vue du dualisme ou du monisme. Il y a aux yeux de tous une *fonction psychologique du cerveau,* une *vie de l'esprit.* — Chacun saisira la différence entre une tachycardie provoquée par des efforts musculaires, par une maladie du cœur, des poumons ou des reins et celle qui résulte d'une émotion quelconque, par exemple de la peur.

Dans le premier cas, on recourra au repos, à une thérapeutique diététique ou médicamenteuse; dans le second il faudra tranquilliser le sujet, modifier son jugement de valeur sur le danger qu'il croyait courir.

Il va sans dire que les troubles physiologiques ou psychologiques qui constituent les *maladies* peuvent reconnaître à la fois des causes physiques et des processus psychologiques agissant simultanément ou successivement; ils sont à la fois *somatogènes* et *psychogènes*. C'est même le cas le plus fréquent aussi bien dans les maladies du corps que dans celles qu'on qualifie de psychonévroses et de psychoses.

C'est ainsi qu'aux battements de cœur d'un cardiaque peut se superposer une tachycardie émotive, quand le sujet est craintif, se frappe; que la syncope peut survenir à l'occasion d'une sensation légère au cours d'une vaccination ou d'une application électrique, quand il s'y joint l'émotion de la crainte. Les exemples de ce genre abondent dans la pratique médicale.

Il s'agira donc de bien déterminer dans chaque cas à quelle influence il faut attribuer l'apparition de tel ou tel symptôme ou groupe de symptômes.

C'est dire qu'on ne peut être médecin qu'en étant psychologue.

Il n'y a pas d'état maladif chez l'homme, et j'oserais dire chez l'animal supérieur, où n'interviennent les *représentations mentales*, les *idées* et les *émotions* qui leur succèdent.

C'est ce que la médecine officielle semble avoir laissé trop longtemps dans l'ombre.

Sans doute les praticiens obéissent à une bonne règle clinique, quand, ayant trouvé une lésion organique, ils s'efforcent d'en faire dériver tous les symptômes avant de songer à une deuxième ou troisième maladie. Mais ils ont tort quand ils s'obstinent à ne pas voir l'influence du moral sur le physique et attribuent tout uniment à l'affection physique constatée des désordres qui ne peuvent être que psychogènes.

Pour apprécier dans toute son étendue cette influence de l'esprit sur les fonctions, il faut se rendre compte exactement des voies par lesquelles les *sentiments*, c'est-à-dire *les idées qui ont subi la coloration affective* agissent sur le corps et déterminent les troubles fonctionnels les plus variés. C'est tout d'abord directement par:

1° *L'émotion*. Le public n'emploie ce terme que pour désigner les sentiments puissants de *plaisir* ou de *déplaisir* résultant d'événements qui sortent de la banalité. Le psychologue va plus loin. Tout *sentiment est une émotion*. Il l'est à un double point de vue: d'abord parce qu'il produit toujours des *réactions physiologiques* et nous fait

sortir de l'état antérieur soit dans le sens de l'euphorie, soit dans celui de la dépression; ensuite parce que le sentiment *déclanche l'action; emovere* vient de *movere.*

Comme je l'ai dit dans mon opuscule „Raison et sentiment": Quels sont les ressorts qui nous font agir, qui déterminent nos actes? Ce sont les *sentiments* et rien que les *sentiments.* Quoi que nous fassions, nous agissons toujours sous l'influence d'un sentiment, bon ou mauvais, fort ou faible, durable ou momentané.

C'est ce qu'avait vu si clairement Epicure quand il disait: L'homme est toujours mu par le *désir,* tantôt le désir *positif,* que quelque chose *soit, arrive;* tantôt le désir *négatif* que quelque chose *ne soit pas, n'arrive pas.*

Or ces *désirs,* unique raison d'agir, ne s'éveillent qu'à la suite d'un *jugement de valeur* que nous portons sur des événements, les estimant favorables ou défavorables à nos intérêts matériels, intellectuels ou moraux.

Les *sentiments* sont si bien des *émotions* que l'expérience peut déceler des modifications du tracé sphygmographique, cardiaque, respiratoire, le phénomène psycho-galvanique, etc., alors même que l'individu n'a pas clairement conscience d'avoir éprouvé une émotion; elle est restée au dessous de seuil de la conscience. Il en est de même de beaucoup de mouvements d'actes, que nous accomplissons automatiquement sans nous en rendre compte. Et pourtant tout *acte,* si banal qu'il soit, si automatique qu'il paraisse, est nécessairement le résultat d'un *désir* instinctif ou réfléchi. Sans excitation pas de mouvement. Même nos *tics,* que nous ignorons souvent, ne sont que l'expression de nos sentiments intimes, le plus souvent de la gêne, de la timidité. C'est que le visage est vraiment le sismomètre délicat de notre âme.

Ces *réactions physiologiques* ne manquent jamais, sitôt qu'il y a en nous un *sentiment.* Elles semblent destinées, au point de vue d'une *téléologie biologique,* à faciliter l'obtention de l'objet de nos désirs ou la défense contre ce que nous craignons. Il est difficile d'analyser exactement la raison d'être biologique de la pâleur, de la rougeur, des palpitations ou de la dyspnée émotives. Plus claire est la genèse de certains tics assez expressifs en eux-mêmes, plus nette encore celle des sécrétions amorcées par les désirs gastronomiques ou génésiques. En tous cas, tous ces mouvements, ces phénomènes sécrétoires, angiospastiques et angioparalytiques ont leur raison d'être actuelle ou atavique; elles trahissent les mouvements de l'âme.

Les *émotions de plaisir* ne produisent guère que des réactions utiles; la joie fait du bien. La fatigue succède cependant à celles qui sont trop intenses ou trop prolongées.

Les *émotions de déplaisir,* qu'on pourrait appeler les *passions tristes* sont toujours délétères; elles constituent en elles-mêmes une *souffrance.* On observe chez une foule de personnes, — et ce sont les prédisposés aux psychonévroses, — une *émotivité exagérée.* Aussi leur vie est-elle un martyre même en l'absence d'événements particulièrement douloureux.

On a voulu attribuer cette *émotivité,* qui rend la larme facile, provoque la rougeur, les vomissements ou les diarrhées émotives, à une *hyperexcitabilité,* native ou maladive, du système nerveux central, particulièrement du bulbe.

Il est possible qu'à certaines époques de la vie, — enfance, puberté, menstruation, grossesse, ménopause, sénilité, maladies, — des intoxications endocrines exercent une telle influence excitatrice. Chez d'autres sujets, elle serait inhérente à la constitution nerveuse. L'avenir nous apprendra peut-être le secret de ces réactions exagérées, mais je dois avouer que ces hypothèses ne sont guère encourageantes. Nous ne possédons aucun moyen hygiénique ou médicamenteux pour combattre cette „strychninisation" permanente ou accidentelle du système nerveux. Existât-elle, que je ne serais pas éloigné de la tenir pour *secondaire* d'un état *psychique* antérieur. C'est ainsi que dans la maladie de Basedow, l'hypersécrétion thyroidienne, source évidente de ses symptômes caractéristiques, peut s'établir à la suite d'émotions aigues ou chroniques. — Il faut enfin, dans l'analyse de l'émotivité, tenir grand compte de la *perméabilité croissante* des voies qui ont été parcourues par l'excitation émotionnelle.

En somme je suis porté à attribuer *l'émotivité exagérée* moins à une hyperexcitabilité *nerveuse, somatique* qu'à une cause psychogène, à une *insuffisance du jugement de valeur.* Je qualifie le sujet de *psychasthénique* et non de *nerveux.* Nous ne nous émouvons pas par nos *nerfs* mais par notre façon d'apprécier les événements, de juger de leur valeur.

Il est clair que les personnes, et elles sont légion, qui ont cette insuffisance du *jugement de valeur* et prennent au tragique des événements minimes se procurent une série de souffrances et de troubles fonctionnels dépendant directement de l'émotion. Mais il y a plus. Les mouvements émotionnels ne sont pas seulement pénibles; ils *fatiguent* l'organisme par cette suractivité désordonnée. Une seconde source de souffrances pour ces malades est donc:

2° La *fatigue émotionnelle.* Elle crée à son tour une multitude de troubles, de sensations pénibles, douloureuses, entraînant des incapacités dans divers domaines. Il est souvent difficile d'attribuer à l'une ou l'autre des causes, émotion ou fatigue, les multiples dés-

ordres, mais je suis porté à attribuer à la fatigue émotionnelle un certain nombre de symptômes susceptibles de se présenter au cours de la fatigue physique et intellectuelle, tels que les céphalalgies, les rachialgies, les névralgies, les douleurs erratiques si fréquentes chez nos malades.

3° La *peur* (thanatophobie, nosophobie, etc.) ajoute ses effets à ceux de *l'émotion* primaire et de la *fatigue* émotionnelle et, nouvelle émotion, fait naître de nouveaux symptômes, *fixe* et *aggrave* ceux qui existaient déjà. Tous les psychonévrosés sont plus ou moins hantés par la *peur* de leur état maladif, par l'idée de l'incurabilité et, quand ils reconnaissent la nature psychique de certains désordres, c'est l'horrible idée de la folie menaçante qui met le comble à leurs maux.

Mais la *peur* n'est pas seulement pernicieuse à titre de mouvement émotionnel violent; elle *fixe* par l'attention inquiète que leur prête le sujet tous les malaises préexistants. C'est ainsi qu'on voit persister pendant des années, voire même pendant toute une vie des *douleurs* dont la cause organique (traumatisme, inflammation, etc.) a disparu depuis longtemps. La douleur persiste à l'état de *pure représentation mentale, d'image.* Et cela n'a rien d'étonnant, car c'est le phénomène de conscience qui est le fait capital dans la *sensation* et non les *conditions physiologiques* qui la font ordinairement naître. Cette conception explique les faits innombrables de sensations auto- ou hétérosuggérées, ainsi que la persistance de douleurs après guérison complète et ancienne de l'affection locale. Elle explique aussi sans peine les effets souvent magiques des méthodes persuasives ou suggestives. *L'image-sensation,* qui aurait dû disparaître, reste *fixée* parce qu'elle a été trempée *dans le bain de fixage de la pusillanimité.* Elle s'évanouit quand le malade est tranquillisé.

On conçoit à quelle somme de souffrances peut arriver l'individu quand il est successivement la proie d'une *émotion* intempestive ou insuffisamment justifiée, quand la *fatigue émotionnelle* double ses malaises, quand enfin il s'y joint la *peur* qui non seulement le fatigue par l'état émotionnel nouveau mais *fixe* encore, en vertu d'un fait de psychologie normale, *l'image mentale* qui constitue la *sensation.*

D'où proviennent en somme et *l'émotion primaire* et les *émotions secondaires,* causes de tout le mal? *D'un jugement de valeur faux.* La *pusillanimité* n'est pas dans nos *nerfs,* pas même dans nos *centres ganglionnaires,* tous simples organes de transmission ou relais intermédiaires. Elle n'est pas même dans quelque recoin de la couche corticale du cerveau, quoiqu'il faille y reléguer les processus mentaux supérieurs. Elle est dans ce que nous appelons la *conscience,* dans notre

moi sentant et pensant. C'est sur ce point capital de la *conscience réceptrice* que la biologie n'a pu nous fournir jusqu'ici aucun renseignement utile. Ce mot de conscience reste une abstraction que nous ne pouvons localiser comme quelque chose de concret.

J'ai dit plus haut (p. I) que des troubles de la *mentalité* peuvent être provoqués, *dans une certaine mesure,* par des causes *physiques* (traumatismes, intoxocations, infections, lésions cérébrales, etc.). Je dois justifier ma restriction.

Je nie que ces causes physiques puissent créer de toutes pièces un *état psychopathique,* caractérisé par des complexus d'idées et de sentiments *étrangers à la mentalité primitive de sujet.*

Le traumatisme cérébal pourra supprimer toute activité mentale, produire le coma, annihiler la mémoire, rendre lacunaires par l'anarthrie, l'aphasie, l'agraphie, la cécité verbale, etc., les diverses opérations de l'esprit. Il pourra s'y joindre une disposition mélancolique de l'esprit accentuant encore cet état de déchéance. Mais je ne crois pas que ces lésions cérébrales puissent être la cause primaire d'une *mélancolie typique,* d'une vraie *démence précoce,* d'une *paranoia* ou de toute autre psychose. Dans le cours de ma carrière, je n'ai vu naître par cette cause unique aucun des états *neurasthéniques, psychasthéniques, hystériques, hypocondriaques* ou *mélancoliques,* que je qualifie de *psychonévroses.* — Qu'on m'entende bien. Je ne veux pas dire que l'affection cérébrale n'ait en rien contribué à l'éclosion du mal; le seul fait de l'hystérie traumatique suffirait pour me démentir. Mais je prétends que la *cérébropathie* ne joue que le rôle d'agent provocateur dans le développement de la *psychopathie.* Cette dernière a sa source plus profonde dans la *mentalité primitive de l'individu,* dans sa psychologie propre dûe à l'hérédité, à l'éducation, aux événements de sa vie intellectuelle et sentimentale antérieure. Les observations médicales au cours de la guerre actuelle semblent montrer qu'il n'y a pas eu une recrudescence des maladies mentales, malgré la fréquence des traumatismes physiques et psychiques. Il en est de même des intoxications. L'alcool aura comme tous les poisons des actions électives sur les centres nerveux. Il troublera la mentalité soit dans le sens de l'excitation, soit dans celui de la dépression, mais *l'état psychique* correspondra avant tout au caractère du sujet; in vino veritas. — Les manifestations *psychiques* des intoxications comme des infections ne sont pas *spécifiques par rapport au poison* mais bien *révélatrices de la mentalité primitive.*

On voit combien s'étend le domaine de le psychothérapie quand on a bien saisi la prédominance de *l'élément psychologique* dans la genèse de toutes les psychopathies.

Cessons donc d'appeler „nerveux“ tous ces troubles, où les *nerfs* ne jouent qu'un rôle secondaire; appelons-les carrément *psychopathiques,* car leur source vraie est dans *l'esprit,* dans ces *phénomènes de conscience* dénommés *représentations mentales, idées, sentiments;* sinon, nous justifions le reproche que nous fait le public de dire que *c'est nerveux* quand nous n'y comprenons rien.

Ces considérations justifient l'intervention d'une psychothérapie rationnelle *dans toutes les maladies.* Il n'y a pas de maladie organique sans participation de la mentalité et, dans l'analyse des symptômes, il faudra toujours distinguer entre les troubles *somatogènes* et *psychogènes.*

En face de ces derniers, la psychothérapie ne peut poursuivre qu'un seul but: Réformer les *jugements de valeur* défectueux, couper ainsi court à la série *d'émotions* et retirer le malade de la *spirale fatale* dans laquelle il s'est égaré.

Il faudrait des volumes pour exposer dans ses innombrables détails cette *dialectique psychothérapique.* Je tiens cependant à marquer en peu de mots les *éléments psychiques* que je reconnais dans ces états mal délimités qui constituent le groupe des psychonévroses.

Les *états neurasthéniques* se caractérisent par des symptômes de *fatigue, d'impuissance fonctionnelle* physique, intellectuelle ou morale. Ils peuvent avoir pour base un état constitutionnel défectueux ou résulter de fatigues réelles, de surmenage aigu ou chronique. Mais il est facile de reconnaître que *l'état émotionnel* joue le rôle prédominant. Il y a encore loin d'un *faible,* d'un *fatigué,* d'un *émacié* ou d'un *anémique* à un *neurasthénique.* Le public lui-même reconnait la part qui revient au moral dans ces incapacités diverses et se sert, bien à tort du reste, de l'épithète malsonnante de *faiblard.* Il y a chez tous ces malades une *émotivité exagérée* provenant, comme je l'ai dit, de *l'insuffisance du jugement de valeur* sur les événements de l'existence, d'où les craintes vaines ou exagérées, les dispositions pessimistes ou hypocondriaques. C'est précisément cette *tenue morale* qui différencie le neurasthénique du faible ou du fatigué. Le sujet est en somme plus *psychasthénique* que *neurasthénique.*

Si quelques-uns de ces malades peuvent bénéficier parfois d'un traitement purement matériel, c'est en vertu de l'autosuggestion de guérison qu'il se fait par la contemplation de l'amélioration physique. Son cerveau profite du reste réellement de l'euphorie physique créée. Mais je vois tous les jours des malheureux qui ont fortifié la „bête“ dans des cures de repos et de suralimentation et qui, malgré le succès apparent, sont restés Gros-Jean comme devant. Seule une psychothérapie délicate, intense, persévérante réussit à réformer leurs tares psychiques et à en faire des membres utiles de la société.

Le caractère *psychasthénique* du mal, déjà si visible chez le neurasthénique, apparaît dans toute son étendue chez ceux auxquels on a réservé le mot de *psychasthénie,* c'est-à-dire chez les *obsédés,* les *scrupuleux,* les *phobiques,* les *maniaques,* dans cette foule bigarrée *d'esprits faibles.* Leur insuffisance de jugement se montre éclatante dans leurs superstitions et cela malgré l'existence de certaines supériorités intellectuelles ou artistiques partielles qui les font désigner par le terme de *dégénérés supérieurs.*

Les *états hystériques* sont caractérisés, comme je l'ai dit ailleurs, par l'importance que les sujets donnent aux *réactions physiologiques et psychologiques dues à des émotions antérieures.* Ce sont les poètes de la bande et leur Pégase est sujet à l'emballement. Il ne faut pas les prendre trop au sérieux et s'effrayer de leurs incartades, mais ils ont droit à l'ineffable bonté; il est souvent très facile de les faire sortir de leur rève à l'état de veille.

La *psychogénie* est évidente dans ces nombreux états *hypocondriaques* et *mélancoliques* qui encombrent le cabinet du médecin psycho-neurologiste. En vertu de leur *constitution mentale* primitive et des modifications qu'elle a subie dans le cours de la vie, ces sujets sont pessimistes, découragés, n'éprouvent aucune joie de vivre. Ces malheureux se créent ainsi continuellement des émotions pathogènes; ils sont souvent très accessibles à une psychothérapie patiente poursuivant le développement de leur personnalité morale.

Quant à ceux qui ont dû être internés dans les asiles d'aliénés, le mal est le plus souvent *fixé* et oppose aux efforts dévoués des psychiatres une résistance opiniâtre. Toutefois un vent nouveau souffle aujourd'hui en psychiatrie. Les études sur l'hypnose, sur la suggestion, la psycho-analyse, la pratique des différentes formes de psychothérapie ont attiré l'attention sur le côté *psychologique* dans la genèse des psychopathies.

Les psychiatres ne se bornent plus à interner leur *mélancoliques,* à les calmer par des bains, l'opium ou d'autres calmants. Sans négliger ces palliatifs, ils s'intéressent plus au sort de leurs malades, reconnaissent les défauts mentaux antérieurs à la maladie, s'efforcent de les corriger de leur fréquente pusillanimité, de leur égocentrisme. Mais c'est surtout dans ces états encore mal délimités qu'on a appelés successivement: *hébéphrénie, démence précoce, schizophrénie,* qu'on a reconnu l'importance des *associations d'idées et de sentiments* souvent bien antérieurs à l'éclosion de la maladie. Le droit à l'existence de ce groupe comme *entité clinique* est encore à démontrer et je ne crains pas de dire que les erreurs de diagnostic

sont encore fréquentes dans ce domaine. J'ai vu bien des cas qualifiés de démence précoce par des psychiatres compétents, guérir définitivement sous l'influence d'un traitement purement psychothérapique. Beaucoup de ces malades sont des *psychasténiques* chez lesquels s'est élevé un échaffaudage émotionnel d'idées superstitieuses; il ne faut pas oublier que la superstition règne encore en maîtresse non seulement dans les masses mais dans les classes les plus élevées de la société; les chiromanciennes, les cartomanciennes jouent encore un très grand rôle dans la société moderne et les savants même n'échappent pas à la superstition de la télépathie et du spiritisme. Aussi longtemps que l'état *dementiel* n'oppose pas une barrière à toute influence psychique, il y a lieu de recourir à une dialectique psychothérapique inlassable; le succès dépend de la persévérance.

Je n'exclus pas la possibilité d'encourageants succès dans le traitement de diverses psychoses pourvu que la déchéance mentale ne soit pas trop prononcée. Dans son intéressant opuscule: „Affektivität, Suggestibilität und Paranoia", le Prof. Bleuler a bien montré que le *délire de persécution* s'établit souvent comme réaction normale à des événements réels, évolue selon les lois d'une psychologie normale. Il ne reste de mystérieux dans cette psychose que la *fixation* souvent indélébile des idées fausses.

L'illustre psychiatre ne se prononce pas sur les causes de cette *fixation*. Je ne crains pas de l'attribuer à la *psychasthénie native et acquise* du sujet qui, bien avant la maladie, dans son enfance même présentait les particularités mentales favorables au développement de l'idée de persécution: egocentrisme exagéré, susceptibilité outrée, tendance à la défense plus ou moins violente. L'idéation dépendant d'un fonctionnement cérébral, l'idée fausse altère l'organe, le rend plus perméable; le pli est pris, et fait aboutir le sujet aux conceptions les plus abracadabrantes. Même dans cet état, il est encore possible d'obtenir des améliorations passagères. Combien plus efficace serait un pareil traitement, si le mal était pris au début, si on cherchait à corriger les erreurs de jugement dès leur naissance.

Toujours plus en psychiatrie on vouera son attention à ces phénomènes *psychologiques* qui n'ont encore rien de pathologique en eux-mêmes et qui n'aboutissent à l'irrémédiable folie que par une série de circonstances encore mal connues et qu'il faudra élucider.

Aux traitements matériels, hygiéniques et médicamenteux utilisés jusqu'ici, il faudra joindre une thérapeutique plus active, une *psychothérapie rationnelle* s'attaquant directement aux erreurs de jugement des malades.

Après beaucoup d'autres, Leuret a précisé ces vues dans son livre: „Le traitement moral de la folie". Je repousse sa méthode qui recoure à l'intimidation par la douche froide ou la menace, mais les succès sont là qui prouvent l'influence psychothérapique dans des cas qui paraissaient incurables. Un autre aliéniste français, le Dr. Daquin a prononcé, il y a plus de cent ans cette parole d'or, longtemps oubliée:

On criera au paradoxe, mais je prétends qu'il n'y a pas d'autre moyen de guérir des gens qui *déraisonnent* que . . . . . *de les faire raisonner.*