

TRAVAUX ORIGINAUX

LA JOIE QUI GUÉRIT

PAR

C. PASCAL

et

J. ROYER

médecin-chef

interne

des asiles d'aliénés de la Seine

Certaines observations cliniques sont d'un intérêt capital; elles nous incitent à réfléchir sur la relativité de nos connaissances et elles réclament la révision des dogmes remplis d'erreurs.

L'observation que nous publions pose un triple problème :

- 1^o l'action thérapeutique des émotions hypersthéniques;
- 2^o la guérison tardive des psychoses hallucinatoires dites chroniques;
- 3^o l'organicité des hallucinations.

OBSERVATION

Mme B..., envoyée à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, le 10 avril 1929, est placée d'office à Sainte-Anne le lendemain; quelques mois après, le 7 janvier 1930, elle est transférée à l'Asile de Maison-Blanche dans notre service.

A sa sortie de l'école, à l'âge de 12 ans, Mme B... apprend le métier de couturière. Elle se marie à 25 ans. Elle n'est pas très heureuse en ménage. Son mari l'aime bien, mais lui est infidèle. Un jour, elle le surprend au domicile conjugal avec sa maîtresse. Envoyé au front pendant la guerre, il est tué en 1915 à Arras. La mort de son mari cause à Mme B... une peine immense.

C'est à cette époque que semblent remonter ses premiers troubles psychiques. Après la mort de son mari, ses voisins se mettent à la persécuter « à lui faire des souillures » selon sa propre expression. Elle avait un jour déclaré qu'elle aurait préféré la victoire des Allemands à la mort de son mari. A cause de ces paroles inconsiderées

les voisins la traitent de « défaitiste ». Elle se croit suivie et surveillée par la police secrète. Elle proteste vivement contre ces soupçons et ces calomnies. En présence de ses réactions, on parle de la faire soigner à l'Asile Sainte-Anne. Mais heureusement, les voisins ayant quitté l'immeuble, les « souillures » cessent et elle peut reprendre sa vie tranquille avec ses enfants « sans faire plus de cas » des brimades dont elle a été l'objet.

Il semble qu'une rémission, plus ou moins complète, s'installe alors et dure quelques années. Mais vers 1922, les troubles reprennent « on lui relance des souillures, on cherche à salir sa vie et son honneur. Une certaine Mme D... essaie de lui faire perdre sa clientèle en la calomniant. On lui sacrifie ses enfants... ». Déprimée, dégoûtée de la vie, la malade tente à plusieurs reprises de mettre fin à ses jours; n'y parvenant pas, elle réagit violemment contre les voisins, les invective, les injurie pour répondre aux « souillures » dont elle est victime. Ces scandales et les plaintes répétées des voisins attirent l'attention de la police qui l'invite au calme, mais sans résultat. Aussi le 10 avril 1929, elle est envoyée à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Le certificat d'entrée indique qu'elle présentait à ce moment, un « état dépressif atypique avec larmes, soupirs, maniérisme, théâtralisme ».

A Sainte-Anne, les différents certificats portent les diagnostics de « dépression mélancolique avec mutisme ».

A Maison-Blanche, elle se présente au début de la même façon : « dépression psychique, mutisme, oppositionnisme, refus d'aliments ».

Mais au bout de quelque temps, on arrive à débloquer la malade et à découvrir une activité délirante intense, qui se trouvait masquée par son mutisme. On continue à lui faire des « souillures ». Elle est sacrifiée par des « feignants et des fumiers qui lui font du théâtre ». Elle a reconnu en une malade sa voisine Mme D... « qui s'est sans doute déguisée et a pris un faux nom pour venir la narguer dans la salle ». Cette femme l'injurie sans cesse, la traite de « bagnarde » de « recéleuse ». Elle veut marier ses enfants avec des « souillures ». Elle lui a fait « un procès mondial ».

Mme B... croit que ses enfants sont retenus prisonniers dans le sous-sol et elle les entend parler. Ce délire hallucinatoire incohérent s'accompagne de réactions très violentes. La malade est extrêmement grossière, injurie et menace sans distinction tous ceux qui l'approchent : médecin, infirmières et malades.

Elle ne s'intéresse à rien, elle est seule, ne fait pas sa toilette, se refuse à tout travail. Parfois, elle est gâteuse, sitiophobe et muette.

Pendant plus de cinq ans, Mme B... reste sans changement, absolument fixée dans son délire incohérent et dans son comportement démentiel. Depuis longtemps, elle est classée dans le stock des « maladies chroniques et incurables ».

Une seule chose pourtant parvient à la faire sortir de son état d'indifférence et de désintérêt. C'est la visite hebdomadaire de ses enfants et particulièrement celle de son fils. Elle le reçoit chaque dimanche avec une joie immense et cette visite lui procure de courts instants de bonheur et de calme.

Or, au début de janvier 1934, son fils vient la voir comme de coutume. Elle remarque qu'il porte une alliance. Elle lui reproche aussitôt de s'être marié sans lui en avoir fait part. Elle lui demande de lui faire connaître sa femme. Le 14 janvier, on la lui présente; elle lui plaît beaucoup. Lorsque la jeune femme l'a appelée « maman » elle a senti les sursauts de la nouvelle maternité. Son récit est troublant. Elle vibre d'émotion en évoquant ce moment délicieux. Sa mimique est vive, les larmes lui viennent aux yeux, elle sourit, en nous disant : « j'étais heureuse, je sais maintenant que mon fils « a du bonheur, je veux vivre avec eux, ne plus jamais en être « séparée. Laissez-moi partir... ».

Dès le soir même Mme B... est transformée. Elle reprend goût à la vie. Elle devient propre, ordonnée, demande à travailler. Elle entreprend des ouvrages de couture comme si cette longue interruption de cinq ans était oubliée et ne comptait plus. Elle se sent elle-même entièrement différente. Elle est pleine d'espoir et de bonheur. Elle s'excuse des injures et des grossièretés qu'elle a proférées. Chaque jour, elle nous supplie d'une façon touchante de la faire sortir pour qu'elle puisse reprendre sa vie « auprès de ses chers petits êtres ».

Ce changement si brusque, si inattendu, si merveilleux, n'est cependant pas une guérison intégrale. Les troubles hallucinatoires persistent. On continue à lui crier des injures, à lui faire des « souillures » mais elle n'y fait plus attention, selon son mot : « elle ne fait plus cas de tout cela ». Elle est tout heureuse à l'idée de reprendre sa place en famille : « Mes chers enfants, dit-elle, veilleront à ce que tout cela cesse. Nous serons très heureux tous ensemble ».

L'amélioration se maintenant et se précisant, la sortie est accordée le 25 février 1934, après 5 ans d'internement et 19 ans d'évolution.

Avant de publier cette observation, nous avons écrit à la famille pour avoir de ses nouvelles. Nous avons appris qu'elle est toujours bien portante et qu'elle s'occupe régulièrement dans son intérieur.

RÉFLEXIONS. DISCUSSION. CONCLUSIONS

La première réflexion suggérée par cette malade et qui exige qu'on la discute avant les autres, est la suivante :

1^o *La joie peut-elle guérir les troubles mentaux ?*

La psychologie et la psychopathologie sont pauvres en recherches scientifiques sur la joie. Ribot avait fait remarquer déjà depuis longtemps, que cette pénurie contraste avec la richesse des documents sur la douleur morale. Nous rappelons que c'est Darwin, le premier qui a étudié les manifestations motrices de la joie; il nous a appris les nuances de la mimique et l'action de l'hypersthénie sur la circulation, la respiration et la nutrition générale. Avec Herbert Spencer, il fait remarquer que l'avant-goût de la joie est plus dynamogène que la jouissance elle-même. Tous deux insistent sur la valeur du désir « idée du bien futur » et sur la cessation de la joie avec la réalisation de ce bien. Lange reprend les études de Darwin et signale deux caractères essentiels : la *suractivité idéative* et le sentiment de la *légèreté du corps*. Ribot se contente d'affirmer que les manifestations de la joie peuvent se résumer en un seul mot : *dynamogénie*. Il confond la joie avec le plaisir et les états agréables; il ne paraît tenir compte que de la quantité des sensations à la manière des physiologistes.

En 1913, Tastevin a repris l'étude de la joie sur les idées de Lange et dégage ses éléments. Il insiste sur l'accroissement de l'irritabilité, sur le désir et l'espérance. Il étudie « l'obsédance, la disposition au rire et à l'émotion sexuelle » et il fait remarquer qu'elle ne possède aucun élément spécifique.

Bergson n'accepte pas la théorie de l'idée du bien futur. Pour lui, la joie renferme un « accent triomphal », elle n'est pas l'arc tendu qui s'irrite et qui jouit à la fois; elle est la conquête même, le sentiment heureux de la possession; elle annonce que la vie a réussi. La joie, c'est le bien qu'on tient.

L'un de nous, dans une série de travaux sur les « Chocs émotionnels pathogènes et thérapeutiques », a résumé l'histoire de la joie psychogène et a tenté d'élucider ses mécanismes bio-mentaux. Nous avons rappelé que la joie-choc est une arme à double tranchant et qu'elle contient à la fois le principe du bien et celui du mal. Elle peut être pathogène et

dynamogène. Pendant la guerre, Le Savoureux a publié l'observation d'un soldat qui sous l'action d'une grande joie-surprise a présenté une crise d'hystérie. Plus récemment Tinel a signalé les rechutes faciles de la mélancolie sous l'action d'une joie intense et épuisante. Parfois, la rechute a lieu, le jour même où l'on signale aux malades, leur sortie. Ils rechutent à la porte de l'asile.

Mais la joie est surtout dynamogène, elle agit à la manière d'un choc thérapeutique. Son accent triomphal charrie les forces bloquées. Nous avons écrit qu'en raison de son extériorisation motrice (hypersthénie, rire, mimique exubérante, etc.) elle empêche l'onde émotionnelle de refouler dans le plan biologique et qu'elle facilite la décharge.

En 1928, Porak a établi un rapport de cause à effet entre la joie et l'hyperthermie et il a essayé d'expliquer l'eurythmie et la cénesthésie agréable par l'élévation de la température. Il rappelle l'idée de Descartes : « Lorsque l'âme désire quelque chose, tout le corps devient plus agile et plus disposé à se mouvoir qu'il n'a coutume d'être sans cela ».

Pour nous, la joie qui guérit était notre théorie sur l'« oscillation de la décharge motrice et du refoulement végétatif ». Exutoire des peines refoulées, elle débloquent le système neuro-végétatif, modifie l'humoralité, déplace son niveau, réintègre et réajuste les troubles mentaux. Cette théorie basée sur la clinique permet de comprendre la désensibilisation brutale et celle qui est lente. Elle corrobore les idées de Bergson qui sont plus près des faits que celles de Lange.

L'observation de notre malade marque d'une façon saisissante le déblocage mental par la joie, processus complexe où il entre en jeu : le choc, l'hypersthénie, l'eurythmie, etc. Cette émotion intense l'a délivrée d'un délire de persécution actif, tenace qui durait depuis plus de dix-neuf ans... Mme B... étant classée dans le stock des « chroniques et des incurables », sa guérison apparaît comme un miracle d'une extrême rareté, et qui appartient au mystère de la pathologie mentale.

Ceci nous oblige à discuter le second problème :

2° *La guérison tardive des psychoses hallucinatoires dites chroniques.*

Mais qu'est-ce donc qu'une psychose hallucinatoire ?

Il nous semble aborder l'immensité d'un chaos. Frey, Dide

et Guiraud ont essayé d'homologuer les diverses classifications et de les exposer dans un tableau clair et intéressant. Mais qu'il s'agisse d'une classification allemande, anglaise, américaine, russe, etc., ou d'une classification française, l'incurabilité, la progression et la systématisation constituent les principes fondamentaux de ces psychoses et précisent leur unité clinique.

Kraepelin a réuni sous le nom de « Paraphrénies », les épilogues démentiels de ces délires dits progressifs et hallucinatoires et il a cherché à démontrer leur ressemblance avec la démence précoce. Dans ce nouveau fourre-tout, le délire de Magnan côtoie le délire d'influence, le délire d'imagination, la manie chronique, etc. Ce qui frappe à la lecture de ces descriptions, c'est le souci constant de l'alignement des signes et l'idée préconçue du fatalisme évolutif. Nulle part, on ne trouve la recherche de la construction idéique et la curiosité de regarder ce qui se passe derrière la mort psychique apparente et de dévoiler la cause génératrice. Les cliniciens accrochés aux classifications ne sont pas embarrassés de coller des étiquettes; ils ont à leur portée la masse des signes, ombres pâles, reflets égarés d'une vie psychique qui lutte pour se défendre. Dans ce chaos de la psychiatrie, le mystère de la thérapeutique se confond avec celui de la pathogénie.

L'étude approfondie des malades nous écarte de tous ces cadres grossiers. Leur analyse permet de déceler derrière la façade-roc immuable, une affectivité intense, et qui contraste avec la pauvreté mentale des déments. Sans utiliser la technique difficile de la psychanalyse, on peut toucher les stases affectives qui polarisent la pensée, et suivre les sinuosités des mauvaises directions.

Hesnard a publié l'observation d'un malade délirant chronique qu'il a pu psychanalyser et il a signalé comment il a dévoilé les diverses étapes de la pensée délirante échafaudée sur un complexe sexuel refoulé. Il montre l'organisation vicariante du délire.

Dans la défense contre un choc émotionnel, l'auto-régulation crée des mécanismes superposés qui acquièrent de la stabilité par la répétition. Mais si on capte la confiance des malades, on constate que leur désir de vivre est intense et qu'ils ne demandent qu'à guérir.

Notre malade jette un défi aux classifications actuelles au

pronostic fatal. Elle nous oblige à avouer notre ignorance et à renoncer à l'évaluation des signes qui constituent l'irréversibilité. Elle nous reproche d'avoir méconnu le contenu de son délire, sa douleur morale, ses craintes inhibitrices et la vitalité de son complexe maternel. Pendant cinq ans, elle a utilisé sous nos yeux, tous les mécanismes grossiers de la psychiatrie : cris, mutisme, sitiophobie, gâtisme, incohérence du langage et des gestes, etc.; elle a organisé un délire de persécution, délire qui marque la crainte d'un danger supposé, la panique intérieure : *peur immense de perdre son fils aimé*. Car, chez elle, le complexe maternel a été la stase affective qui a immobilisé toute son énergie, et c'est grâce à cette réserve vitale qu'elle a pu faire un saut magnifique du morbide dans le normal. Débloquée par la joie qui décharge, ses forces psychiques libérées ont abouti à la réintégration.

Pendant des années, elle a cru que son fils était très malheureux. Les voix lui disaient qu'il était victime de la femme D... et, malgré ses visites fréquentes, elle continuait à croire qu'il était emprisonné dans le sous-sol de l'établissement. Et, brusquement, elle constate que son fils est heureux : il est marié, il a une femme qui l'aime. Cette femme est charmante, elle a su lui dire le mot magique : « *maman* », celui qui l'a fait tressaillir jusqu'au réveil de la vie; c'est grâce à lui que son délire s'est éparpillé comme un jeu de cartes.

Ce qui frappe chez cette femme, c'est la beauté de l'amour maternel. Son complexe farouche paraissait exiger la possession intégrale, mais elle a su jouir du bonheur qu'une autre femme donnait à son fils. Elle a eu joie à son âme. C'est une « *Génitrice* » admirable : une belle-mère sans jalousie.

STABILITÉ DES HALLUCINATIONS

Mais si le délire a disparu, les « *voix* » ont persisté. La joie n'a fait qu'amoinrir la violence des hallucinations auditives. Elle a continué à entendre Mme D... qui, jour et nuit, autrefois l'appelait « *fumier* ». Les insultes, l'annonce des mauvaises nouvelles deviennent plus rares, s'estompent, et les voix ne sont plus que des sons objectifs qui troublent l'ouïe; ils n'ont plus de charge affective et ne s'incorporent plus au courant de sa pensée. Le bouillonnement émotionnel a cessé, le dialogue

devient rare; parfois, le matin, elle s'oublie à répondre, mais elle reprend son travail, et se met à compter les heures qui la séparent de sa sortie.

Comment interpréter ces faits?

Dégagée de la gangue des phénomènes délirants, l'hallucination apparaît comme un trouble secondaire et qui a perdu sa valeur morbide; elle n'est plus thématisée et individualisée: « *Je l'entends encore*, dit-elle, *mais je n'en fais plus cas* ».

Nous ne pouvons pas aborder ici, le problème complexe des hallucinations. Mais nous nous demandons: les hallucinations de notre malade sont-elles l'épine organique immuable d'un processus latent qui nous échappe? Sont-elles l'expression tenace de la croyance délirante selon Ey ou d'un mécanisme de compensation comme le veut Mourgue? Dans ce cas, nous ne pouvons pas expliquer sa raison de persister et de vouloir survivre au délire? Composante isolée, nous la livrons aux chercheurs de théories et à tous ceux qui savent mieux que nous aborder le mystère de l'inconscient et dégager les liens qui paraissent unir les délires et instincts à l'appareil de projection spatiale.

CONCLUSIONS

Quoi qu'il en soit, cette observation comme celle de Hesnard, pose le problème de la guérison du délire hallucinatoire dit progressif, systématisé et chronique.

En l'état actuel de l'organisation des asiles, ces malades sont abandonnés à leurs « fixités » pathologiques: Ils font l'impression d'avoir été oubliés toute leur vie dans un plâtre qui s'est durci. Ils constituent le grand « stock » des incurables.

Le grand mérite de l'Ecole psychanalytique a été d'attirer de nouveau notre attention sur la Psychogénèse. Nous connaissons depuis longtemps la puissance pathogène de certaines idées-forces. Les vieux auteurs ont créé la psychothérapie sur la notion de troubles dynamiques réversibles. Esquirol et Morel ont su discriminer les signes de la cause génératrice. Ce dernier a vu d'une façon remarquable les deux aspects des psychoses, les deux existences morales et matérielles et les deux séries de pensées et de fonctions physiologiques.

Dans un livre récent sur le *Temps vécu*, Minkowski reprend l'étude de la psychogénèse, il proteste contre la matérialisation de la vie psychique, mais il ne prend pas position d'une façon précise pour le contenu spirituel. Le *primum movens* de la psychogénèse est encore à rechercher.

Quelle que soit l'opinion qu'on adopte, il est indéniable que ces délirants dits systématisés sont touchés dès le début dans leur vitalité. C'est du moins, les premiers troubles perçus par l'observateur. Le décalage est énergétique et partiel. La défense s'organise rapidement; elle paraît utiliser cette faculté de fabulation que Bergson vient de décrire dans les « Deux Sources » et qui apparaît comme un besoin de créer et de suppléer par le mythe à la réalité décevante. L'activité de la défense est si vive qu'elle suppose des possibilités de guérison. C'est au clinicien de chercher ce potentiel et de le mettre en valeur. Les « cures d'âme » scientifiques deviennent de plus en plus rares. Dans les Asiles, il est matériellement impossible de les employer.

L'observation de notre malade fournit la preuve qu'un « seul mot » peut redresser une pensée fixée depuis longtemps dans l'égarément épars d'une personnalité amoindrie et dissociée.

Comment commenter ce cas de guérison miraculeuse? N'est-ce pas plus sage d'écouter Morel qui a vu plusieurs faits de ce genre et qui écrivait en 1851 : « Il faut se contenter d'indiquer les résultats inouis obtenus dans des circonstances déterminées ».
