

Sur la critique de la « névrose d'angoisse »

Dans le n° du *Neurologisches Zentralblatt* de Mendel, 1895, j'ai publié un petit article, dans lequel je risquai la tentative de séparer de la neurasthénie une série d'états nerveux, et de les autonomiser sous le nom de « névrose d'angoisse ». Je m'y suis trouvé amené par une conjonction constante de caractères cliniques et étiologiques, qui pourrait bel et bien être déterminante pour une partition.

Je trouvai en effet, ce en quoi E. Hecker m'avait devancé, que les symptômes névrotiques en question se laissaient en totalité regrouper comme inhérents à l'expression de l'angoisse, et je pus ajouter, à partir de mes efforts portant sur l'étiologie des névroses, que ces parties du complexe « névrose d'angoisse » permettent de reconnaître des conditions étiologiques particulières, qui sont presque opposées à l'étiologie de la neurasthénie.

Mes expériences m'avaient enseigné que dans l'étiologie des névroses (du moins des cas acquis et des formes susceptibles d'être acquises), des facteurs sexuels jouent un rôle éminent et bien trop peu pris en compte, si bien qu'une affirmation comme : « l'étiologie des névroses réside dans la sexualité », malgré toute sa nécessaire inexactitude *per excessum et defectum*, se rapproche malgré tout davantage de la vérité que les autres doctrines, à présent dominantes.

Une nouvelle proposition à laquelle m'a poussé l'expérience aboutissait à dire que les diverses noxae sexuelles ne se trouvent peut-être pas sans différence leur connaissance aucun usage, n'en a tiré aucune conséquence. Il faut bien qu'un tel comportement ait un fondement profond, comme dans une sorte de crainte à envisager les affaires sexuelles, ou bien dans une réaction contre des tentatives d'explication plus anciennes, considérées comme surmontées, de toute façon, il fallait être préparé à se heurter à de la résistance, si l'on risquait la tentative de rendre crédible à d'autres quelque chose qu'ils auraient pu aussi découvrir eux-mêmes sans la moindre peine.

Dans une telle situation, il serait peut-être plus approprié de ne pas répondre à des objections critiques avant de m'être exprimé moi-même plus en détail sur ce thème compliqué, et de m'être fait mieux comprendre. Cependant je ne peux pas résister aux motifs qui m'amènent aussi à affronter sans tarder une critique de ma doctrine de la névrose d'angoisse, faite ces derniers jours.

Je fais cela en raison de la personne de son auteur, Löwenfeld de Munich, auteur de *Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie*, dont le jugement a pu peser lourd auprès du public médical, en raison d'une conception prêtant à malentendus dont la présentation de Löwenfeld me fait porter la charge, et parce que je voudrais de prime abord combattre l'impression que ma doctrine serait, sans plus de peine, réfutable par les premières objections venues, données en passant.

Löwenfeld va trouver d'un regard assuré, comme étant l'essentiel de mon travail, que j'affirme, pour les symptômes d'angoisse, une étiologie spécifique et unitaire de nature sexuelle. Si cela ne peut être constaté comme fait, par là même disparaît la raison principale en faveur de la séparation d'une névrose d'angoisse autonome d'avec la neurasthénie. Il subsiste alors, il est vrai, une difficulté sur laquelle j'ai attiré l'attention, à savoir que les symptômes d'angoisse ont aussi avec l'hystérie des relations.

Si impossibles à méconnaître que la décision prise dans le sens de Löwenfeld vient au détriment de la partition de l'hystérie et de la neurasthénie; mais on fait face à cette difficulté par l'appel à l'hérédité, à évaluer ultérieurement, comme cause générale de toutes ces névroses.

De quels arguments Löwenfeld soutient-il donc sa protestation contre ma doctrine?

I) J'ai mis en relief, comme essentiel pour la compréhension de la névrose d'angoisse, que l'angoisse de celle-ci n'autorise pas une dérivation psychique; c'est-à-dire qu'on ne peut acquérir l'apprêtement à l'angoisse, qui forme le noyau de la névrose, par un affect d'effroi psychiquement bien-fondé, unique ou répété. Par effroi apparaîtrait bien une hystérie ou une névrose traumatique, mais pas une névrose d'angoisse.

Cette dénégation, on le voit aisément, elle n'est rien d'autre que la contrepartie de mon affirmation à contenu positif selon laquelle l'angoisse de ma névrose correspond à une tension sexuelle somatique et déviée du psychique, qui, sinon, aurait pris valeur en tant que libido.

Contre cela, Löwenfeld souligne, quant à lui, que dans un bon nombre de cas, « des états d'angoisse surviennent immédiatement ou quelque temps après un choc psychique (simple effroi ou accidents qui étaient liés à des effrois), et qu'en partie existent ici des circonstances qui rendent hautement invraisemblable l'action conjointe de nuisances sexuelles de l'espèce alléguée ».

Il communique en raccourci, comme exemple particulièrement prégnant, une observation de malade (au lieu de plusieurs). Dans cet exemple il s'agit d'une femme de trente ans, mariée depuis quatre ans, à l'hérédité chargée, qui avait eu, un an avant, un premier accouchement difficile. Peu de semaines après ses couches, elle s'effraya d'un accès de maladie de son mari et se mit, dans son émoi, à arpenter sa chambre en chemise et dans le froid.

Depuis lors, malade, d'abord avec, en soirée, des états d'angoisse et des palpitations; plus tard vinrent des accès de tremblements convulsifs, et par la suite des phobies, etc. le tableau d'une névrose d'angoisse pleinement développée. « Ici », conclut Löwenfeld, « les états d'angoisse sont à l'évidence psychiquement dérivés, induits par l'effroi unique ».

Je ne doute pas que l'honorable auteur dispose de nombreux cas semblables; je peux à vrai dire moi-même me rendre utile avec une grande série d'exemples analogues. Celui qui n'aurait pas vu de tels cas d'éruption de névrose d'angoisse après choc psychique, ce qui se présente avec une extrême fréquence, ne devrait pas prétendre, en matière de névrose d'angoisse, prendre part à la discussion.

Je veux seulement noter ici que dans l'étiologie de tels cas, effroi ou attente anxieuse ne sont pas nécessairement chaque fois susceptibles d'être mis en évidence; n'importe quelle autre émotion en fait tout autant.

Si je passe rapidement en revue quelques cas tirés de mon souvenir, il me vient à l'idée un homme de quarante-cinq ans, qui eut un premier accès d'angoisse (avec collapsus cardiaque) à la nouvelle de la mort de son père avancé en âge; à partir de là se développa une névrose d'angoisse, pleine et typique, avec agoraphobie; ensuite, un jeune homme qui tomba dans la même névrose de par l'excitation causée par les discordes entre sa jeune femme et sa mère, et qui après chaque nouvelle querelle domestique devenait de nouveau agoraphobique; un

étudiant qui, en quelque sorte perdu par la flânerie, produisit, sous l'éperon de la disgrâce paternelle, le premier accès d'angoisse en une période d'intense travail pour ses examens; une femme, elle-même sans enfant, qui, suite à l'angoisse pour la santé d'une petite nièce, tomba malade, etc. Sur le fait lui-même que Löwenfeld exploite contre moi, pas le moindre doute ne subsiste.

Mais bien sur son interprétation. La question est de savoir si l'on doit ici acquiescer sans plus au *post hoc ergo propter hoc* et s'épargner toute élaboration critique du matériel brut. D'ailleurs on connaît suffisamment d'exemples montrant que la dernière cause déclenchante ne pouvait, au regard de l'analyse critique, s'avérer être *causa efficiens*.

Que l'on pense à la relation entre le trauma et la goutte par exemple! Le rôle du trauma, ici, lors de la provocation d'un accès de goutte dans le membre atteint par le trauma, n'est vraisemblablement pas autre que celui qu'il pourrait être dans l'étiologie du tabès et de la paralysie; seulement dans l'exemple de la goutte, il semble absurde, à tout examen, de supposer que le trauma a causé plutôt que provoqué la goutte.

On doit pourtant devenir circonspect lorsqu'on rencontre des facteurs étiologiques de cette sorte - je voudrais les qualifier de banals - dans l'étiologie des états morbides les plus variés. Emotion, effroi, c'est bien là un facteur banal de ce genre; chorée, apoplexie, paralyse agitante et n'importe quoi d'autre, l'effroi peut les provoquer tout comme il provoque une névrose d'angoisse. Maintenant je n'ai certes pas lieu de pousser l'argument selon lequel, du fait de cette ubiquité, ces causes banales ne suffiraient pas à nos exigences, et qu'il devrait y avoir en outre des causes spécifiques.

Cela signifierait anticiper sur la proposition que je veux démontrer. Mais je suis bien-fondé à conclure de la manière suivante : si la même cause spécifique se laisse mettre en évidence dans l'étiologie de tous les cas de névrose d'angoisse, ou de la plupart d'entre eux, notre conception n'a pas alors à se laisser égarer par le fait que l'éruption de la maladie ne se produit qu'après l'action exercée par tel ou tel facteur banal comme l'est une émotion.

Il en était bien ainsi dans mes cas de névrose d'angoisse. L'homme qui - de façon énigmatique - tomba malade à la nouvelle de la mort de son père (je fais cette glose marginale parce que cette mort ne se produisit pas de manière inattendue ni dans des circonstances inhabituelles et bouleversantes), cet homme vivait depuis onze ans dans le coitus interruptus avec son épouse qu'il s'efforçait la plupart du temps de satisfaire; le jeune homme qui n'avait pas été à la hauteur dans les disputes entre sa femme et sa mère, avait depuis le début pratiqué le retrait avec sa femme afin de s'épargner la charge d'une descendance; l'étudiant qui contracta par surmenage une névrose d'angoisse, au lieu de l'asthénie cérébrale à laquelle on pouvait s'attendre, entretenait depuis trois ans une relation avec une jeune fille qu'il n'avait pas le droit de mettre enceinte; la femme qui, elle-même sans enfant, succomba à la névrose d'angoisse à cause de la maladie d'une nièce, était mariée à un homme impuissant et n'avait jamais été satisfaite sexuellement, etc.

Ces cas ne sont pas tous également clairs ou ne sont pas également probants pour ma thèse, mais si je les mets en série avec un nombre très considérable de cas dans lesquels l'étiologie n'offre rien d'autre que le facteur spécifique, ils s'insèrent sans contradiction dans la doctrine établie par moi, et permettent un élargissement de notre compréhension étiologique au-delà des limites jusqu'à présent valides.

Si quelqu'un veut me démontrer que dans le mode de considération qui précède, j'ai relégué indûment la significativité des facteurs étiologiques banals, il lui faut alors m'opposer des observations dans lesquelles on constate l'absence de mon facteur spécifique, donc des cas d'apparition de la névrose d'angoisse après choc psychique, avec *vita sexualis* (globalement) normale. qu'on juge maintenant si le cas de Löwenfeld remplit cette condition.

Mon honorable adversaire ne s'est pas, manifestement, fait une idée claire de cette exigence, sinon il ne nous laisserait pas à ce point dans le manque de clarté sur la *vita sexualis* de sa patiente. Je veux laisser de côté le fait que ce cas d'une dame de trente ans se trouve manifestement compliqué d'une hystérie, dont je ne doute pas le moins du monde qu'elle soit dérivable psychiquement; je concède, naturellement sans protestation, que la névrose d'angoisse accompagne cette hystérie.

Mais avant d'exploiter un cas pour ou contre la doctrine de l'étiologie sexuelle des névroses, il me faut avoir étudié ici, plus à fond que Löwenfeld, le comportement sexuel de la patiente. Je ne me contenterai pas de conclure ainsi : puisque la dame, à l'époque du choc psychique, se trouvait peu après un accouchement, le coitus interruptus ne devrait avoir joué aucun rôle dans la dernière année et de ce fait les noxae sexuelles devraient ici manquer.

Je connais des cas de névrose d'angoisse avec gravidité répétée chaque année, parce que (chose incroyable) à partir du coitus fécondant tout commerce était suspendu, si bien que cette femme aux nombreux enfants souffrait de privation toutes ces années durant. Aucun médecin n'ignore que des femmes conçoivent d'hommes très peu puissants, qui ne sont pas en état de leur procurer de la satisfaction, et, pour finir, ce avec quoi justement les représentants de l'étiologie héréditaire devraient compter, il est d'assez nombreuses femmes qui sont affligées d'une névrose d'angoisse congénitale, c.-à-d. qui apportent avec elles, qui éventuellement développent sans perturbation extérieure susceptible d'être mise en évidence, une *vita sexualis* comme celle qu'on acquiert d'ordinaire par coitus interruptus et semblables noxae.

Chez un certain nombre de ces femmes on peut détecter dans les années de jeunesse une affection hystérique depuis laquelle est perturbée la *vita sexualis* et instaurée une déviation de la tension sexuelle à l'écart du psychique. Des femmes avec une telle sexualité sont incapables, même par coitus normal, d'une satisfaction effective et développent une névrose d'angoisse soit spontanément, soit après que se sont adjoints d'autres facteurs efficaces. qu'est-ce qui, de tout cela, peut avoir été présent dans le cas de Löwenfeld? Je ne le sais pas, mais je le répète, ce cas ne peut être probant contre moi que si cette dame, qui répond à un effroi unique par une névrose d'angoisse, a joui auparavant d'une *vita sexualis* normale.

Il nous est impossible de mener des recherches étiologiques à partir de l'anamnèse, si nous acceptons l'anamnèse telle que le malade nous la donne, ou si nous nous contentons de ce qu'il veut nous livrer. Si les syphilologues, pour pouvoir ramener une affection initiale des organes génitaux au commerce sexuel, dépendaient encore des déclarations du patient, ils pourraient déduire du refroidissement un nombre fort important de chancres chez des individus prétendument vierges, et les gynécologues ne rencontreraient guère de difficultés à confirmer le miracle de la parthénogenèse sur leurs clientes célibataires.

J'espère qu'à l'avenir il s'imposera que les neuropathologues aussi, lors de l'enquête anamnétique sur les grandes névroses, se permettent de sortir de ce genre de préjugés étiologiques.

En outre, Löwenfeld dit avoir vu, de façon répétée, émerger et disparaître des états d'angoisse la ou n avait certainement pas eu lieu une modification dans la vie sexuelle, et où par contre d'autres facteurs étaient en jeu.

C'est absolument la même expérience que j'ai faite aussi, sans qu'elle m'ait égaré. Moi aussi j'ai amené à disparition des accès d'angoisse par traitement psychique, amélioration générale, etc. Je n'en ai naturellement pas conclu que le manque de traitement était la cause des accès d'angoisse.

Ce n'est pas que j'aie voulu imputer à Löwenfeld une conclusion de cette espèce; je veux seulement indiquer par ladite remarque en forme de plaisanterie que l'état des choses peut facilement être assez compliqué pour dévaloriser pleinement l'objection de Löwenfeld.

Je n'ai pas trouvé difficile d'allier le fait avancé ici à l'affirmation de l'étiologie spécifique de la névrose d'angoisse. On m'accordera volontiers qu'il y a des facteurs étiologiquement efficaces qui, pour exercer leur action, doivent nécessairement agir avec une certaine intensité (ou quantité) et pendant un certain laps de temps, donc qui se somment; l'action de l'alcool est le prototype d'une telle causation par sommation.

De ce fait, il devra y avoir un certain laps de temps durant lequel l'étiologie spécifique est en train de faire son travail, alors que son action n'est pas encore manifeste. Pendant un tel temps la personne n'est pas encore malade, mais elle est disposée à une affection déterminée, dans notre cas à la névrose d'angoisse, et désormais l'adjonction d'une noxa banale pourra déclencher la névrose tout comme un nouvel accroissement dans l'action exercée par la noxa spécifique.

On peut également exprimer cela ainsi : il ne suffit pas que le facteur étiologique spécifique soit présent, il faut aussi qu'une mesure déterminée de celui-ci soit pleine et entière, et une fois cette limite atteinte, une quantité de noxa spécifique peut être remplacée par un montant de nuisance banale. Ce dernier est-il de nouveau ôté, on se trouve alors au-dessous d'un seuil; les phénomènes morbides reculent de nouveau.

Toute la thérapie des névroses repose sur le fait qu'on peut ramener au-dessous du seuil, par de très diverses façons d'influencer le mélange étiologique, la charge totale du système nerveux à laquelle celui-ci succombe. Sur le défaut ou l'existence d'une étiologie spécifique, aucune conclusion n'est à tirer de ces circonstances.

Ce sont là à coup sûr des considérations exemptes d'objections et assurées. Celui à qui elles ne suffisent toujours pas, qu'il laisse agir sur lui l'argument suivant. Selon l'avis de Löwenfeld et de tant d'autres, l'étiologie des états d'angoisse est à trouver dans l'hérédité. Or l'hérédité se trouve à coup sûr soustraite à modification; si la névrose d'angoisse est guérie par traitement, on devrait avoir désormais le droit, avec Löwenfeld, de conclure que l'hérédité ne peut contenir l'étiologie.

De surcroît, j'aurais pu m'épargner de me défendre contre les deux objections amenées par Löwenfeld, si mon honorable adversaire avait accordé à mon travail lui-même une plus grande attention. Les deux objections sont, dans mon travail lui-même, prévues et pourvues

de réponse; je ne pourrais ici que répéter les développements qui s'y trouvent, j'ai intentionnellement analysé ici à nouveau les mêmes cas de maladie.

Les formules étiologiques aussi, auxquelles je viens précédemment d'attribuer de la valeur, sont contenues dans le texte de mon traité. Je vais les répéter ici encore une fois. J'affirme : il y a pour la névrose d'angoisse un facteur étiologique spécifique qui dans son action peut être à vrai dire quantitativement représenté mais non qualitativement remplacé par des nuisances banales; que, d'une façon générale, se produise une affection névrotique, cela dépend de la charge totale du système nerveux (en rapport avec sa capacité de supporter). En règle générale, les névroses sont surdéterminées, c'est à dire que, dans leur étiologie, plusieurs facteurs agissent conjointement.

Pour la réfutation des remarques suivantes de Löwenfeld, j'ai moins d'efforts à faire, étant donné d'une part que celles-ci ont peu de prise sur ma doctrine, d'autre part qu'elles mettent en relief des difficultés dont je reconnais qu'elles sont présentes. Löwenfeld dit : « C'est que la théorie freudienne est tout à fait insuffisante pour expliquer dans le détail la survenue et l'absence des accès d'angoisse.

Si les états d'angoisse, i.e. les manifestations de la névrose d'angoisse, se produisaient purement et simplement par emmagasinement subcortical de l'excitation sexuelle somatique et par utilisation anormale de celle-ci, toute personne affligée d'états d'angoisse devrait, aussi longtemps qu'aucune modification n'intervient dans sa vie sexuelle, avoir de temps en temps un accès d'angoisse comme l'épileptique a son accès de grand et de petit *mal*.

Mais, comme le montre l'expérience quotidienne, ceci n'est absolument pas le cas. Les accès d'angoisse n'interviennent avec une large prépondérance que dans des occasions déterminées; si le patient évite celles-ci ou sait paralyser leur influence en prenant quelque mesure, il reste alors épargné par les accès d'angoisse, qu'il s'adonne durablement au *congressus interruptus* ou à l'abstinence ou qu'il jouisse d'une *vita sexualis* normale. »

Or il y a là-dessus beaucoup à dire. D'abord que Löwenfeld impose à ma théorie une conséquence qu'elle n'a pas à accepter. Que, lors de l'emmagasinement de l'excitation sexuelle somatique, il doive en aller de même que lors de l'accumulation du stimulus menant à la convulsion épileptique, c'est là une thèse bien trop détaillée, dont je n'ai aucunement fourni l'occasion, et qui n'est pas la seule à s'offrir.

Je n'aurais qu'à admettre que le système nerveux a le pouvoir de maîtriser une certaine mesure d'excitation sexuelle somatique, même si celle-ci est déviée de son but, et que des troubles n'apparaissent que lorsque le quantum de cette excitation connaît un accroissement soudain, et l'exigence de Löwenfeld serait mise de côté. Je n'ai pas osé achever la construction de ma théorie dans cette direction, principalement parce que je ne m'attendais à trouver sur cette voie aucun point d'appui certain.

Je veux simplement indiquer que la production de tension sexuelle, il ne nous est pas permis de nous la représenter indépendamment de son mode de dépense, que dans la vie sexuelle normale cette production prend une forme essentiellement autre lors de l'incitation par l'objet sexuel que lors du repos psychique, etc.

Il faut convenir que l'état des faits est ici bien autre que dans la tendance à la convulsion épileptique et qu'il ne peut pas encore être déduit de façon cohérente de la théorie de l'emmagasinement de l'excitation sexuelle somatique.

A l'autre affirmation de Löwenfeld, que les états d'angoisse ne surviennent qu'à certaines occasions et que, celles-ci évitées, ils sont absents quelle que puisse être la *vita sexualis* de la personne concernée, il faut objecter que Löwenfeld n'envisage manifestement ici que l'angoisse des phobies, comme le montrent bien les exemples rattachés au passage cité.

Des accès d'angoisse spontanés, ayant pour contenu vertige, battements de cœur, détresse respiratoire, tremblements, sueurs, etc., il ne parle absolument pas. Expliquer la survenue et l'absence de ces accès d'angoisse, ma théorie n'en semble pourtant nullement incapable. Dans toute une série de cas de névrose d'angoisse il y a bien effectivement l'apparence d'une périodicité dans la survenue des états d'angoisse, analogue à celle observée dans l'épilepsie, n'était qu'ici le mécanisme de cette périodicité devient plus transparent.

A une exploration plus poussée, on découvre en effet avec une grande régularité un processus sexuel créateur d'émoi (c'est à dire qui est en mesure de délier de la tension sexuelle somatique) auquel se rattache l'accès d'angoisse, étant respecté un intervalle de temps déterminé, souvent tout à fait constant.

C'est ce rôle que jouent chez les femmes abstinentes l'excitation menstruelle, les pollutions nocturnes faisant, elles aussi, périodiquement retour, et avant tout (nuisible dans son incomplétude) le commerce sexuel lui-même, qui transfère sa propre périodicité à ces effets, les accès d'angoisse.

S'il arrive des accès d'angoisse qui rompent la périodicité habituelle, on réussit la plupart du temps à les ramener à une cause occasionnelle, de survenue plus rare et irrégulière, une expérience vécue sexuelle isolée, lecture, exhibition, etc.

L'intervalle que j'ai mentionné va de quelques heures à deux jours; c'est le même que celui avec lequel survient chez d'autres personnes, après ces mêmes circonstances occasionnantes, cette migraine sexuelle bien connue, qui a ses relations certaines avec le complexe symptomatique de la névrose d'angoisse.

A côté de cela, il existe en abondance des cas dans lesquels l'état d'angoisse isolé est provoqué par l'adjonction d'un facteur banal, par un émoi de n'importe quelle espèce. Vaut donc pour l'étiologie de l'accès d'angoisse isolé la même argumentation que pour la causation de toute la névrose. que l'angoisse des phobies obéisse à d'autres conditions n'est pas très étonnant; les phobies ont une texture plus compliquée que les accès d'angoisse simplement somatiques.

En elles, l'angoisse est connectée à un contenu de représentation ou de perception déterminé, et le réveil de ce contenu psychique est la condition capitale pour la survenue de cette angoisse. L'angoisse est alors « déliée », tout comme, par ex., la tension sexuelle l'est par le réveil de représentations libidinales; mais ce processus n'est à vrai dire pas encore éclairci dans sa corrélation avec la théorie de la névrose d'angoisse.

Je ne vois pas pourquoi je devrais m'efforcer de cacher lacunes et faiblesses de ma théorie. La chose capitale dans le problème des phobies me semble être que des phobies avec *vita sexualis* normale - c.-à-d. quand n'est pas remplie la condition spécifique de la perturbation de

la vita sexualis, dans le sens d'une déviation du somatique à l'écart du psychique - ne se produisent absolument pas.

Même s'il y a par ailleurs dans le mécanisme des phobies encore tant d'obscurité, ma doctrine ne sera réfutée que si l'on me met en évidence des phobies avec vita sexualis normale ou même avec une perturbation de celle-ci non spécifiquement déterminée.

4) Je passe maintenant à une remarque que je ne puis laisser à Monsieur mon honorable Critique sans l'avoir contredite.

J'avais écrit dans ma communication sur la névrose d'angoisse :

«Dans un certain nombre de cas de névrose d'angoisse, on ne peut pas reconnaître une quelconque étiologie. Il est à noter que dans de tels cas la mise en évidence d'une lourde charge héréditaire se heurte rarement à des difficultés.» « Mais là où l'on est fondé à considérer la névrose comme une névrose acquise, si l'on procède à un examen soigneux orienté vers ce but, on trouve comme facteurs étiologiques efficaces une série de nuisances et d'influences provenant de la vie sexuelle...»

Löwenfeld reproduit ce passage et y rattache la glose suivante : « F. semble, d'après cela, considérer toujours la névrose comme "acquise" lorsque ces causes occasionnelles peuvent être découvertes.»

Si ce sens se laisse déduire sans contrainte de mon texte, c'est que ce dernier donne à ma pensée une expression très déformée. J'attire l'attention sur le fait que je me suis révélé précédemment beaucoup plus rigoureux que Löwenfeld dans l'évaluation des causes occasionnelles. Devrais-je commenter moi-même ce que veulent dire ces phrases, je le ferais en intercalant après la condition : Mais là où l'on est fondé à considérer la névrose comme une névrose acquise..., ces mots : parce qu'on ne réussit pas (comme mentionné dans la phrase précédente) à mettre en évidence la charge héréditaire.

Le sens est en je tiens pour un cas acquis celui dans lequel l'hérédité ne peut être mise en évidence. Ce faisant, je me comporte comme tout le monde, peut-être avec la petite différence que d'autres déclarent le cas héréditairement conditionné, même là où il n'existe pas d'hérédité, si bien qu'ils passent par-dessus toute la catégorie des névroses acquises. Mais cette différence joue en ma faveur.

J'avoue cependant que je me suis rendu moi-même coupable d'un tel malentendu par cette tournure dans la première phrase : « On ne peut reconnaître une quelconque étiologie. » J'entendrai certainement dire aussi d'un autre côté qu'avec la recherche des causes spécifiques des névroses, je me donne un mal superflu. L'étiologie effective des névroses d'angoisse, tout comme celle des névroses en général, serait bien connue, ce serait l'hérédité, et deux causes effectives ne sauraient exister l'une à côté de l'autre.

Je ne dénierai pas, n'est-ce pas?, le rôle étiologique de l'hérédité. Mais alors toutes les autres étiologies seraient... des causes occasionnelles, et de valeur égale les unes et les autres, ou de valeur également moindre.

Je ne partage pas cette vision du rôle de l'hérédité, et comme c'est ce thème, justement, que j'ai pris le moins en compte dans ma brève communication sur la névrose d'angoisse, je vais

essayer de rattraper ici quelque chose de ce qui fut omis et d'effacer l'impression de ne pas m'être préoccupé, dans la rédaction de mon travail, de toutes les questions énigmatiques afférentes.

Je crois qu'on se rend possible une présentation des circonstances étiologiques, vraisemblablement très compliquées, qui prédominent dans la pathologie des névroses, si l'on se fixe les concepts étiologiques suivants :

a) condition, *b)* cause spécifique, *c)* cause concurrente et, comme terme d'une valeur inégale à celle des précédents, *d)* circonstance occasionnante ou cause déclenchante. Pour satisfaire à toutes les possibilités, admettons qu'il s'agisse de facteurs étiologiques capables d'une modification quantitative, donc d'accroissement ou de diminution.

Consent-on à la représentation d'une équation étiologique à plusieurs membres, qui doit nécessairement être remplie si l'effet doit se produire, alors se caractérise comme circonstance occasionnante, ou cause déclenchante, celle qui entre en dernier dans l'équation, si bien qu'elle précède immédiatement l'apparition de l'effet.

Seul ce facteur temporel constitue l'essence de la circonstance occasionnante, chacune des causes d'une autre espèce peut dans un cas isolé jouer également le rôle de circonstance occasionnante; dans une même accumulation étiologique, ce rôle peut s'échanger.

Comme conditions sont à désigner des facteurs tels que, en leur absence, l'effet ne se produirait jamais, mais qui aussi sont incapables, par eux seuls, d'engendrer l'effet, si grande que soit la proportion dans laquelle ils sont présents. Il y manque encore la cause spécifique.

Comme cause spécifique vaut celle qu'on ne trouve absente dans aucun cas de réalisation de l'effet et qui, en quantité ou intensité convenables, suffit même à obtenir l'effet, pour peu que les conditions soient remplies.

Comme causes concurrentes, on est en droit de considérer ces facteurs qui ne sont ni nécessairement présents à chaque fois, ni en état d'engendrer par eux seuls l'effet, quelle que soit la proportion de leur action, mais qui agissent conjointement, à côté des conditions et de la cause spécifique, pour que soit remplie l'équation étiologique.

La particularité des causes concurrentes ou adjuvantes semble claire; mais comment différencie-t-on conditions et causes spécifiques, puisqu'elles sont les unes et les autres indispensables, sans que pourtant rien en elles ne soit à lui seul suffisant pour la causation.

C'est alors là que l'état de choses suivant semble permettre une décision. Parmi les « causes nécessaires », on en trouve plusieurs qui font aussi retour dans les équations étiologiques de beaucoup d'autres effets, et de ce fait ne révèlent aucune relation particulière à l'effet pris isolément; l'une de ces causes pourtant vient s'opposer aux autres par le fait qu'elle ne peut être découverte dans aucune autre formule étiologique ou dans très peu d'entre elles, et cette cause revendique de s'appeler cause spécifique de l'effet concerné.

De plus, conditions et cause spécifique se départagent avec une particulière netteté dans ces cas où les conditions ont le caractère d'états existant depuis longtemps et peu modifiables, et où la cause spécifique correspond à un facteur exerçant depuis peu une action.

Je vais faire l'essai d'un exemple pour ce schéma étiologique complet : Effet : Phtisis pulmonum.

Condition : Disposition, la plupart du temps héréditairement donnée par complexions organiques.

Cause spécifique : Le bacille de Koch.

Causes adjuvantes : Tout ce qui prive de puissance : émotions tout comme suppurations ou refroidissements.

Le schéma pour l'étiologie de la névrose d'angoisse me semble s'énoncer de façon analogue :

Condition : Hérité.

Cause spécifique : Un facteur sexuel, au sens d'une déviation de la tension sexuelle à l'écart du psychique.

Causes adjuvantes Toutes les atteintes banales : émotion, effroi, tout comme épuisement physique par maladie ou sur-activité.

Discutant dans le détail cette formule étiologique pour la névrose d'angoisse, je puis encore ajouter les remarques suivantes :

Si une complexion personnelle particulière (qui n'a pas besoin d'être héréditairement attestée) est inconditionnellement exigée pour la névrose d'angoisse, ou si tout être humain normal peut être amené à la névrose d'angoisse par quelque accroissement quantitatif du facteur spécifique, je ne saurais en décider avec certitude, mais j'incline fortement en faveur de cette dernière opinion.

- La disposition héréditaire est la condition la plus importante de la névrose d'angoisse, mais ce n'en est pas une indispensable, étant donné qu'on la trouve absente dans une série de cas-limite.

- Le facteur sexuel spécifique est dans la grande majorité des cas mis en évidence avec certitude dans une série de cas (congénitaux), il ne se départage pas de la condition de l'hérité, mais il se trouve dans le même temps accompli par celle-ci, c'est-à-dire : les malades apportent congénitalement comme stigmate cette particularité de la vita sexualis (la déficience psychique à maîtriser la tension sexuelle somatique), par laquelle passe habituellement la voie d'acquisition de la névrose; dans une autre série de cas-limite, la cause spécifique est contenue dans une cause concurrente, quand notamment ladite déficience psychique se produit par épuisement, etc.

Tous ces cas forment des séries continues, non pas des catégories départagées; néanmoins le même état de choses quant au destin de la tension sexuelle parcourt tous ces cas, et, pour la plupart, la partition entre condition, cause spécifique et cause adjuvante est valable, conformément à la résolution, donnée ci-dessus, de l'équation étiologique.

Je ne peux pas, lorsque j'interroge à ce sujet les expériences que j'ai eues, découvrir pour la névrose d'angoisse un état de choses opposé, pour ce qui est de la disposition héréditaire et du

facteur sexuel spécifique. Au contraire, les deux facteurs étiologiques se soutiennent et se complètent l'un l'autre. Le facteur sexuel agit, la plupart du temps, seulement chez ces personnes qui en plus apportent congénitalement une charge héréditaire; l'hérédité seule n'est pas la plupart du temps en état d'engendrer une névrose d'angoisse, mais elle attend l'arrivée d'une dose suffisante de nuisance sexuelle spécifique.

C'est pourquoi la constatation de l'hérédité ne dispense pas de la recherche d'un facteur spécifique, à la découverte duquel se rattache aussi par ailleurs tout intérêt thérapeutique. Car que prétend-on faire thérapeutiquement avec l'hérédité pour étiologie? Elle a depuis toujours existé chez le malade et continuera d'exister jusqu'à la fin de celui-ci. Elle n'est, en soi et pour soi, propre à faire comprendre ni la survenue épisodique d'une névrose ni sa cessation par traitement. Elle n'est rien d'autre qu'une condition de la névrose, certes une condition d'une indicible importance, mais cependant une condition surestimée au détriment de la thérapie et de la compréhension théorique. Pour se laisser convaincre par le contraste des faits, il suffit que l'on pense aux cas de maladies nerveuses familiales (chorea chronica, maladie de Thomsena, etc.) dans lesquelles l'hérédité réunit en elle toutes les conditions étiologiques.