

L'hystérique reproduit parfaitement (ou presque) les symptômes de certaines maladies ayant une cause organique. Le psychiatre qui suit une hystérique a un défi à relever : démêler le vrai du faux alors que la malade, inconsciemment, se plaît à brouiller les pistes.

Les masques trompeurs de l'hystérie

Jérôme PALAZZOLO

L' hystérie est une affection psychologique qui appartient au groupe des névroses. Les névroses sont relativement bénignes d'un point de vue psychopathologique, dans la mesure où elles ne s'accompagnent jamais d'une rupture avec la réalité (ce que l'on nomme un délire) ou d'une désorganisation de la personnalité (ce que l'on nomme une dissociation). Mais du point de vue de l'individu qui en souffre, elles entraînent souvent un handicap social notable qui le limite beaucoup dans sa vie quotidienne. C'est d'ailleurs la survenue de ce handicap qui le conduit à consulter.

Nous avons tous un profil de névrosé (peur des araignées, crainte des serpents, propension à vérifier que l'on a bien éteint la lumière, coupé le gaz avant de partir en vacances, etc.). Là où ces petits troubles communs deviennent pathologiques, c'est lorsqu'ils obligent le sujet à organiser sa vie en fonction d'eux (par exemple : je ne sors plus de peur de faire un malaise, je me lave les mains 50 fois par jour de peur d'attraper une maladie).

En ce qui concerne l'hystérie, il s'agit là d'une affection touchant essentiellement (mais pas exclusivement) les femmes. L'idée prédominante à l'époque d'Hippocrate voulait que l'utérus soit un organisme vivant autonome, qui se déplace à l'intérieur du corps humain. Les troubles mis en évidence, tels la suffocation (l'utérus enfle, les règles

se putréfient) ou les convulsions, sont alors rapportés à la migration de cet utérus. En fait, on sait aujourd'hui que l'hystérie est la conséquence d'une fixation symbolique d'une angoisse sur des symptômes physiques ou psychiques. L'angoisse n'est pas vécue comme telle : elle est traduite de façon inconsciente et exprimée par le corps, selon un langage qui n'est pas toujours aisé à décrypter. C'est ce que l'on appelle la conversion.

Comment faire un diagnostic d'hystérie ?

Précisons d'emblée que la patiente hystérique déclenche elle-même le symptôme, mais qu'elle le déclenche inconsciemment, c'est-à-dire qu'elle ignore tout de la genèse du symptôme. Le symptôme est factice, et le médecin est mis au défi de le prouver.

Les symptômes hystériques, de nature physique ou psychique, revêtent un aspect paroxystique, intermittent ou durable; ils sont le plus souvent réversibles. Parmi les diverses manifestations physiques de l'hystérie, on distingue les troubles moteurs, sensitifs et sensoriels. Les troubles moteurs sont des convulsions ou des paralysies. Une crise « classique » commence généralement par ce que l'on appelle une aura, constituée de douleurs de l'abdomen, de palpitations, d'une sensation de



Crédit : xxxxxxxxx

« boule dans la gorge » et de troubles visuels. Ce tableau conduit à une « pseudo-perte de conscience », sans morsure de la langue ni perte d'urine (signes que l'on retrouve lors d'une crise d'épilepsie), et à une chute (mais la chute n'est pas brutale, de sorte que la patiente ne se fait pas mal).

Puis survient la deuxième phase dite épileptoïde, d'abord tonique (avec arrêt respiratoire et tétanisation), puis clonique (la personne est animée de convulsions impressionnantes), et enfin résolutive (avec fatigue générale et respiration bruyante). La troisième période, celle des contorsions (au cours de laquelle on note la présence de mouvements désordonnés et de cris), précède la phase des attitudes passionnelles, sorte de transe au cours de laquelle sont habituellement mimées des scènes érotiques ou violentes. Un retour progressif à la conscience caractérise la fin de la crise, avec des contractures résiduelles et des paroles décousues se rapportant à des thèmes passionnels.

La plupart du temps, on assiste à des tableaux plus édulcorés, se limitant à une phase pseudo-épileptique simple suivie d'une agitation, d'une crise de larmes et d'un apaisement terminal. Les formes mineures se réduisent à la classique crise de nerfs, avec excitation psychomotrice.

Certains aspects rendent le diagnostic plus difficile, parce qu'on peut confondre les manifestations de l'hystérie avec les symptômes d'une « crise syncopale » – malaise, pâleur, angoisse, hypotension artérielle et parfois perte de connaissance durant quelques minutes, sans amnésie authentique – ou d'une crise pseudo-neurologique – accès paroxystiques de tremblements ou de mouvements anormaux : ces symptômes peuvent être réels ou reproduits inconsciemment par l'hystérique. Dans les cas d'hystérie, le contexte émotionnel intense, notamment la mise en scène et le théâtralisme orientent le médecin.

Les paralysies et les contractures constituent l'autre catégorie de troubles moteurs. Leur localisation est variable. Les atteintes d'allure paralytique concernent souvent une fonction particulière; l'un des symptômes hystériques les plus typiques est l'astase-abasie, c'est-à-dire que le patient ne peut plus marcher ni se tenir debout.

Toutefois, ces paralysies ne respectent aucune des anomalies anatomiques connues : normalement, quand un nerf est pincé par deux vertèbres, par exemple, les troubles sensitifs associés, voire les paralysies sont parfaitement connues. Or chez l'hystérique, seule une partie du territoire normalement concerné est touchée : la paralysie ou l'anesthésie n'est que partiellement reproduite par la patiente. On note également la présence de réflexes normaux à l'examen, et une évolution capricieuse

Paralysies et contractures

Toutefois, ces paralysies ne respectent aucune des anomalies anatomiques connues : normalement, quand un nerf est pincé par deux vertèbres, par exemple, les troubles sensitifs associés, voire les paralysies sont parfaitement connues. Or chez l'hystérique, seule une partie du territoire normalement concerné est touchée : la paralysie ou l'anesthésie n'est que partiellement reproduite par la patiente. On note également la présence de réflexes normaux à l'examen, et une évolution capricieuse

I. Mais elles sont hystériques !

Aujourd'hui, l'expression a perdu son sens premier et n'exprime généralement qu'une attitude d'excitation particulière, sans pathologie. Ici, ces jeunes filles hystériques n'étaient autres que des fans des Beatles, dans les années 1960 ! Le groupe déclenchait souvent ce genre de scènes d'hystérie collective.

Bibliographie

J. PALAZZOLO, *Dire pour vivre - Pathologies psychiques : témoignages au quotidien*, Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2004.

J. PALAZZOLO, *Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives*, Masson, Collection Pratiques en Psychothérapie, Paris, 2004.

J. PALAZZOLO, *Au-delà des maux - Paroles oubliées ou l'importance de l'écoute*, Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2003.

J. GUELFY et R. OLIVIER-MARTIN, *Psychiatrie*, PUF, Paris, 1999.

et paradoxale des troubles, ce qui rend souvent le diagnostic évident.

La même variabilité symptomatique caractérise les contractures musculaires (contractures isolées d'un membre, torticolis, tics, mouvements de torsion du tronc). On rapproche de ces manifestations les troubles de l'équilibre et de la coordination (pseudo-vertiges) et certaines formes de tétanie, dont la survenue peut être déclenchée par une émotion violente ou une contrariété. Des spasmes viscéraux sont parfois observés : accès paroxystiques de hoquets ou de vomissements pouvant aller jusqu'à l'anorexie, spasmes urinaires, génitaux ou digestifs, grossesses nerveuses (où le gonflement abdominal s'accompagne d'une absence de règles).

Outre les troubles moteurs, on observe des troubles sensitifs, et notamment les douleurs les plus diverses (maux de tête, douleurs abdominales ou dorsales, vaginales lors d'un rapport sexuel...) et d'innombrables variétés d'anesthésies, des insensibilités de localisations diverses. Comme les paralysies hystériques, ces troubles ne correspondent pas à un territoire nerveux bien défini. On retrouve ainsi des anesthésies aux localisations aberrantes, voire une anesthésie totale concernant toutes les sensibilités : la patiente devient insensible au chaud et au froid, le sens du toucher disparaît.

Les troubles sensoriels

Les troubles sensoriels consistent habituellement en une atteinte partielle ou totale d'une fonction déterminée. La surdité (ou l'hypersensibilité au bruit), l'anosmie (perte de l'odorat) et l'agueusie (perte du goût) sont rares. La cécité (perte de la vue) est fréquente. Souvent, le symptôme se limite à une vision trouble. Les troubles du langage sont variés, la personne s'enfermant le plus souvent dans un mutisme total.

Parmi les symptômes psychiques, citons l'amnésie. L'amnésie hystérique est systématique, et lacunaire (c'est-à-dire qu'elle concerne une période bien délimitée dans le temps : la journée du 16 juillet, par exemple). Généralement, la personne oublie une

série d'événements dont la signification affective est conflictuelle. Cette amnésie est souvent comblée par de faux souvenirs (ce que l'on appelle des « souvenirs écrans ») ; elle rend ainsi obscure, incomplète et peu cohérente la biographie du sujet.

On constate aussi des troubles de la conscience, les plus évocateurs étant les états crépusculaires, les états seconds et la catalepsie. Les états crépusculaires se caractérisent par une obnubilation (une sorte d'obscurcissement de la conscience) et par un vague sentiment d'étrangeté. Dans les états seconds, un syndrome de dépersonnalisation (c'est-à-dire une impression franche de se sentir étranger à son propre corps) plus prononcé est associé à l'affaiblissement de la conscience. Des fugues, parfois amnésiques, peuvent compliquer le tableau.

On rapproche habituellement des états seconds certains tableaux particuliers, tels le somnambulisme hystérique, la pseudo-démence (où un déficit intellectuel massif et paradoxal ne semble dû à aucune cause organique) ou les transes (au cours desquelles des expériences émotionnelles extatiques peuvent s'associer à des phénomènes pseudo-hallucinatoires auditifs et visuels). Enfin, la catalepsie, un pseudo-coma, de durée très variable, est une caricature de sommeil. On distingue le vrai sommeil du faux sommeil de l'hystérique par l'absence de myosis (pas de rétrécissement de la pupille, signe typique du sommeil), par la contracture active des paupières, et par l'absence de signes électroencéphalographiques évocateurs du sommeil.

La névrose hystérique se développe généralement dans un contexte psychologique particulier. Dans la plupart des cas, la personne présente une personnalité sous-jacente de type histrionique, qui a les caractères suivants : un égocentrisme important, et un besoin d'être apprécié de l'entourage, ce qui conduit la personne à adapter ses idées et ses opinions à son audience afin de mieux la séduire, voire à raconter des mensonges (mythomanie) ; une exubérance marquée ; un théâtralisme, avec dramatisation de toutes les situations (on a l'impression que la personne se « met en scène » continuellement) ; un besoin avide d'affection et de séduction, qui conduit à érotiser les rapports sociaux tout en se retirant dès que la situation devient plus impliquante ; une tendance à nouer des liens assez factices.

On doit garder à l'esprit l'importance de la suggestion sur l'expression de la maladie. Une autre notion classique est la diminution ou la disparition complète de l'anxiété après la survenue des symptômes de conversion. Certes, le contraste entre un symptôme physique dramatisé et la tranquillité apparente de la personne est évocateur, mais cette « belle indifférence » manque souvent. En revanche, il est habituel de constater que le sujet tire de sa maladie certains avantages psychologiques. Ces bénéfices secondaires, qui font du symptôme un moyen de pression sur l'entourage et un refuge, sont des arguments importants pour poser le diagnostic. Avant d'évoquer l'hystérie, il faut donc éliminer la présence éventuelle d'un autre trouble qui provoquerait les mêmes symptômes. Ainsi, le clinicien doit éliminer une pathologie organique, une autre affection psychiatrique, voire une simulation.

Certaines affections organiques sont parfois difficiles à éliminer avec certitude : c'est le cas de

Les signes cliniques de l'hystérie

Les symptômes physiques

Les troubles moteurs

- Les convulsions
- Aura
- Phase épileptoïde
- Contorsions

- Paralysies et contractures

Les troubles sensitifs

- Douleurs, anesthésies

Les troubles sensoriels

- Perte plus ou moins marquée d'une fonction (perte de l'ouïe, de l'odorat, du goût, de la vue)

Les symptômes psychiques

L'amnésie

- Systématique et partielle

Les troubles de la conscience

- États crépusculaires
- Sentiment d'étrangeté
- Obscurcissement de la conscience

- États seconds

Impression de se sentir étranger à son propre corps

- Catalepsie

Pseudo-coma, paralysies, secousses musculaires, atonie

l'épilepsie, soit généralisée (avec convulsions), soit temporale (avec des crises douloureuses ou des anomalies paroxystiques de la conscience et de la mémoire, ou sensorielles), d'autant qu'un électro-encéphalogramme normal ne permet jamais d'éliminer à coup sûr une maladie épileptique. Face à des mouvements anormaux, on doit aussi écarter une maladie neurologique spécifique (de type chorée de Huntington), et devant un trouble oculaire, une sclérose en plaques débutante.

Une autre maladie psychiatrique peut-elle donner des signes comparables ? Nous l'avons vu, la symptomatologie hystérique est loin d'être spécifique, et peut varier d'une personne à l'autre, voire chez la même personne au cours du temps. Le clinicien doit donc rester vigilant, et ne pas hésiter à remettre son diagnostic en question, comme l'illustre le cas de S..

Une névrose source d'errance diagnostique

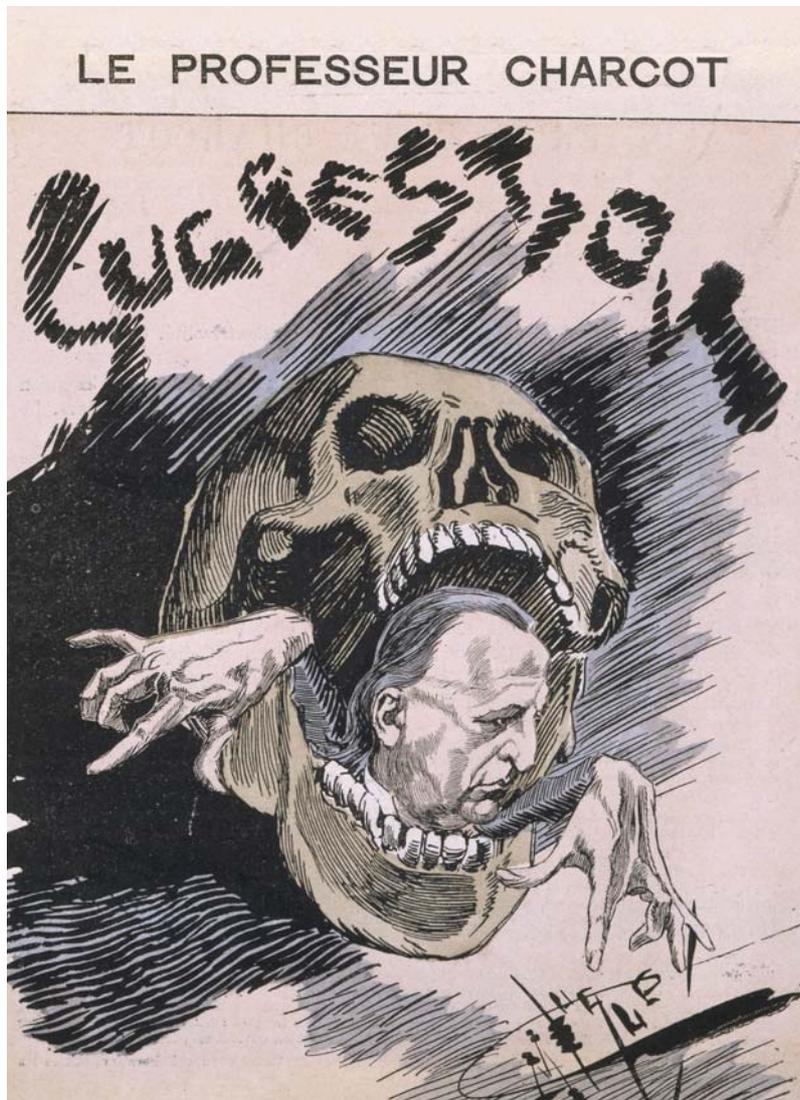
La première hospitalisation de S., institutrice âgée de 28 ans, remonte au mois de décembre 2003, au cours duquel un épisode délirant aigu est décrit, avec douleur morale, angoisse de mort, attitude prostrée (les « esprits » ont envahi sa chambre, elle se promène avec un couteau à la main, et vient dormir en pleine nuit avec sa sœur et le petit ami de celle-ci). La symptomatologie régresse rapidement sous traitement antipsychotique. En septembre 2004, S. est à nouveau hospitalisée en psychiatrie à cause de l'apparition d'un second épisode délirant aigu avec fugue. Le tableau présenté par la patiente comporte une agitation psychomotrice, des troubles de l'identité (elle déchire son passeport), un délire de filiation (elle nie être la fille de ses parents), et des idées de suicide. Lors de l'entretien psychiatrique, elle adopte un mutisme total ; les paupières de la patiente restent closes malgré diverses stimulations, et une contracture des membres inférieurs persiste.

Après 48 heures d'hospitalisation sous traitement antipsychotique injectable, la patiente sort de son mutisme et de son opposition. Elle ébauche une critique de son comportement, et évoque un élément déclenchant possible : des conflits familiaux qui seraient à l'origine de sa fugue.

La place de S. dans sa famille lui apparaît inconfortable : elle doit se positionner face à un père professeur agrégé souvent absent, à une mère alcoolique dont l'attitude est souvent inadaptée, et à une sœur très brillante intellectuellement obtenant la reconnaissance du père. Les parents nient la maladie de leur fille, lui conseillent de diminuer, voire d'arrêter les traitements prescrits. Ils la placent ainsi entre deux paroles contradictoires qui s'ajoutent à l'ambivalence relative à son état : celle du thérapeute, axée sur la nécessité pour S. de soins adaptés, et la leur, insistant sur les avantages d'une médecine douce.

Un entretien familial est réalisé, au cours duquel la patiente reproche à son père ses absences, ainsi que son désinvestissement affectif vis-à-vis d'elle. La régression rapide de l'épisode délirant permet d'envisager la sortie de la patiente, sous couvert d'un traitement antipsychotique adapté et de consultations psychiatriques régulières.

Deux nouvelles hospitalisations suivent (une en



décembre 2004 et une autre en mars 2005), qui toutes deux se produisent dans les mêmes conditions : à la suite d'un arrêt du traitement antipsychotique, S. est conduite aux urgences dans un état de mutisme total, les paupières closes, très opposante. Elle est traitée par antipsychotique injectable, et à chaque fois son état s'améliore en 48 heures. Lorsque l'entretien devient possible, elle analyse l'épisode en soulignant le fait qu'elle se sent possédée par le démon et que son attitude est en définitive le seul moyen de se protéger d'un monde « envahi par des diables ».

La dernière hospitalisation de la jeune femme nous amène pourtant à reconsidérer cette position : dans le cadre d'un nouvel arrêt de son traitement antipsychotique, la patiente est transférée dans notre service pour une nouvelle décompensation. À son arrivée, S. refuse de parler, présente le même tableau que lors de ses précédents séjours hospitaliers, mais son opposition apparaît plus massive.

L'hystérique, une simulatrice ?

Face au refus de la patiente de s'alimenter et de boire, une réhydratation est mise en place par perfusion. L'état clinique de S. reste stationnaire, et ce malgré l'instauration d'un traitement antipsychotique injectable. Cependant, il apparaît que la patiente se lève lorsqu'elle se retrouve seule dans sa chambre, que ce soit pour aller aux toilettes, se mettre à la fenêtre ou boire un peu d'eau laissée sur sa table de nuit. La survenue d'une température aux alentours de 40 °C associée à une infection

2. Caricature de Charcot, un des pères de l'hystérie, publiée dans la revue *Les hommes d'aujourd'hui*, dans les années 1880.

Regard ethnopsychiatrique sur l'hystérie

En étudiant les troubles mentaux en fonction des groupes ethniques ou culturels, ainsi que la place qu'ils occupent dans l'équilibre social, l'ethnopsychiatrie nous apprend que chaque collectivité possède ses propres modèles de déviance, et que la folie se définit par rapport à une société donnée. L'ethnopsychiatrie est peut-être aussi ancienne que la médecine elle-même. Les historiens la font remonter à Hippocrate, dont le *Traité des airs, des eaux et des lieux* contient la description de la « maladie des Scythes » : parmi les barbares nomades des steppes de la Scythie (Russie du Sud actuelle), un certain nombre d'hommes devenaient impuissants, se mettaient à parler avec une voix féminine et adoptaient la manière de vivre des femmes. Le vieux médecin grec décrit l'anomalie, et chercha à en expliquer l'origine par les effets du climat humide et brumeux, par l'alimentation et le genre de vie des habitants.

Plus près de nous, en Sicile et dans certaines campagnes du Sud de l'Italie, le « tarentisme » a été étudié par de nombreux ethnopsychiatres : il s'agit de scènes d'hystérie collective et de possession attribuées à la redoutable piqûre d'une araignée saisonnière, la tarentule, dont il existe deux espèces dont une seule est venimeuse. Elle peut, par sa piqûre empoisonnée, déclencher

certaines symptômes observés dans le tarentisme. Mais, paradoxalement, ce n'est pas cette araignée venimeuse mais l'autre, inoffensive, plus répandue et d'aspect plus menaçant, qui figure d'une manière prédominante dans le tarentisme. Pour prétendre comprendre les danses et les contorsions frénétiques des femmes se disant mordues par la tarentule, il faut avoir présent à l'esprit la misère ancestrale et chronique des peuples de l'Italie du Sud, ainsi que leur oppression sexuelle, parfois aussi pesante de nos jours qu'au Moyen Âge. Ainsi, lorsqu'une femme se met à se tordre par terre, à danser, à hurler en déchirant ses vêtements, elle mène à bien une double opération de délivrance : par l'agressivité qu'elle déploie, elle se soulage des frustrations dues à la pauvreté, la faim, les travaux forcés subis à longueur d'année ; dans le même temps, elle se défoule de ses pulsions érotiques réprimées.

Et non seulement elle se libère elle-même, mais elle libère la communauté qui l'entoure, l'assiste, l'encourage selon un cérémonial codifié. De sorte que ce comportement, qui a tout l'air d'une explosion hystérique, tient à la fois du jeu théâtral et du psychodrame. Le village, après cette catharsis – selon Aristote, la « purgation des passions » – nécessaire, peut se remettre à vivre.

pulmonaire importante rend difficile la poursuite des perfusions en milieu psychiatrique, et S. est transférée dans un service de pneumologie. Les pneumologues arrêtent l'antipsychotique, ce qui n'aggrave pas les symptômes.

L'expression d'un mutisme total avec certaines personnes et celle d'un mutisme partiel (ouverture des paupières, signification de désirs de la part de S., que ce soit par voie orale ou gestuelle) avec certaines autres, ainsi que la persistance de levers lorsque la patiente se retrouve seule, font évoquer le diagnostic d'hystérie. S. est alors revue par un psychiatre, qui lui propose une psychothérapie adaptée à ce type de pathologie. À son retour en service de psychiatrie, une semaine plus tard, la patiente a les yeux ouverts et s'exprime normalement.

Peut-on traiter l'hystérie ?

Avant d'aborder les traitements, disons d'abord quelques mots sur l'hystérie masculine. Certes, elle est moins fréquente que la version féminine, mais elle existe et concernerait un homme pour neuf femmes. Elle se manifeste généralement d'une façon différente. Car ici, la volonté d'attirer l'attention et le besoin de reconnaissance entraînent d'autres troubles : consommation d'alcool, exacerbation des attitudes « viriles ». L'homme sera souvent isolé. On retrouve régulièrement une hypochondrie, c'est-à-dire des inquiétudes récurrentes concernant son état de santé. L'hystérie masculine peut s'accompagner de divers problèmes sexuels, tel que troubles de l'érection et éjaculation précoce.

Le principal traitement de l'hystérie repose sur une prise en charge psychologique. Dans ce cadre, les thérapies d'inspiration psychanalytique ont toute leur indication. Le thérapeute propose à l'hystérique de revenir sur l'origine de son trouble, et de comprendre les raisons de son comportement. D'autres types de thérapies, telles les thérapies fami-

liales ou les thérapies comportementales et cognitives, peuvent également avoir un intérêt non négligeable. Quoi qu'il en soit, un soutien adapté doit être mis en œuvre par un professionnel.

Si des anxiolytiques peuvent être utilisés afin de diminuer l'intensité des symptômes, ils doivent être prescrits avec précaution. Ils réduisent l'intensité de l'angoisse ; ils n'agissent pas directement sur le symptôme névrotique, mais bien sur l'anxiété associée. Ils sont utiles en cas de manifestation aiguë (crise de nerf, agitation, état second...), mais ne sont pas sans inconvénient : certains entraînent des troubles de la mémoire, voire une réelle confusion mentale. Ils peuvent même déclencher des troubles du comportement (principalement les anxiolytiques appartenant à la famille des benzodiazépines, qui doivent être évités à tout prix). Surtout, ils provoquent souvent des états de dépendance physique et psychique importants qui poussent à augmenter régulièrement les doses, et entraînent un syndrome de sevrage qui rend bien difficile l'arrêt ultérieur de la prescription. Par conséquent, il importe de ne prendre ces médicaments que sous le contrôle d'un médecin, qui les prescrira pour une durée déterminée (12 semaines maximum). Il faut, par ailleurs, les arrêter progressivement.

Ainsi, plus de 100 ans après la publication par Charcot des *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1873-1884), l'hystérie, bien qu'explorée de façon minutieuse par la psychanalyse, persiste aujourd'hui à brouiller les pistes et à entretenir les malentendus : l'hystérie pose plus que jamais le problème de ses limites, de ses confins. Comme toujours, elle incite le médecin et le psychiatre à remettre en cause leurs constructions théoriques, à dépasser le cadre de leur pratique clinique et thérapeutique. Provocation salutaire si on sait la mettre à profit, mais aussi souvent irritante et dont la conséquence peut être, si l'on n'y prend garde, source d'errance diagnostique. ◆

Jérôme Palazzolo,
psychiatre au Centre
hospitalier Sainte-Marie, à
Nice, docteur en
anthropologie, est
professeur de ??? à
l'Université de Nice-
Sophia Antipolis.