

## CHAPITRE V

### TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'HYSTÉRIE

PAR

PIERRE JANET,

Professeur suppléant au Collège de France, Directeur du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière.

#### I

##### L'hystérie maladie mentale.

##### Notions pathologiques sur l'état mental des hystériques et indications thérapeutiques générales.

##### A. — CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE DES PHÉNOMÈNES HYSTÉRIQUES.

« Il faut bien que l'on sache, disait Charcot, que l'hystérie est une maladie psychique d'une façon absolue<sup>1</sup>. » Plusieurs auteurs en France et à l'étranger ont adopté cette conception de l'hystérie qui avait déjà été en partie proposée par Briquet; j'ai essayé moi-même dans une série d'études publiées depuis 1886 d'analyser les principaux symptômes de l'hystérie et de montrer la part prépondérante que prenaient dans chacun d'eux des phénomènes psychologiques, et j'ai cru pouvoir conclure comme Charcot et considérer l'hystérie comme une maladie mentale.

Cette expression me semble avoir provoqué certains malen-

1. CHARCOT. — Leçons du mardi, I, 207.

tendus. Les uns ont eu peur que l'on ne confondît les hystériques avec les aliénés proprement dits<sup>1</sup>. Bien qu'à mon avis, les hystériques doivent être rapprochés de certains aliénés, je répondrai que toute maladie mentale n'est pas l'aliénation entendue dans le sens vulgaire du mot.

D'autres auteurs semblent craindre que la considération des phénomènes psychologiques ne tende à supprimer les études soit anatomiques, soit physiologiques sur cette maladie. Je ne puis comprendre l'opposition que l'on prétend établir entre ces deux études : dire que l'hystérie est une maladie mentale, c'est affirmer qu'elle dépend d'un trouble dans les fonctions des centres corticaux du cerveau; cela n'empêche en aucune manière d'étudier les rapports de l'hystérie avec l'arthritisme ou bien avec les auto-intoxications qui déterminent peut-être ce trouble cortical. Les phénomènes mentaux sont des faits aussi réels que les autres en relation avec des phénomènes physiologiques et ces deux catégories de faits doivent être étudiées simultanément. Nous constatons seulement qu'aujourd'hui les études anatomiques, histologiques ou même chimiques sur cet état des centres corticaux ne sont pas assez avancées pour donner la raison des symptômes cliniques et nous disons simplement que, pour le moment, ce sont les phénomènes mentaux qui, mieux connus, expliquent les faits que l'on observe, et jouent le principal rôle dans l'interprétation de la maladie.

Il est d'ailleurs facile, si l'on ne craint pas les hypothèses un peu aventureuses, de traduire les observations psychologiques en langage anatomique, suivant les conceptions sur les fonctions des principaux centres. Au lieu de dire, comme je l'ai fait si souvent, qu'une anesthésie donne naissance à une amnésie, qu'une anesthésie musculaire ou kinesthésique amène une paralysie, on dira que l'engourdissement de tel centre tactile ou vimal donne naissance à une amnésie, que l'engourdissement de tel autre centre des sensations muscu-

1. Cf. GRASSET. — Leçons de clinique médicale, 3<sup>e</sup> série, 1896, p. 139.



lares détermine une paralysie. Un tel langage est permis, sans doute, mais il faut bien savoir qu'en dehors des constatations directes, anatomiques et histologiques qui n'ont pas été faites, ce langage n'est qu'une traduction. Malgré son apparence anatomique, ce n'est qu'une explication psychologique qui cherche à se dissimuler.

S'il en est ainsi, n'est-il pas naturel de se préoccuper de ces phénomènes mentaux dans le traitement de l'hystérie? Ce ne sera sans doute qu'une thérapeutique symptomatique, puisque nous ignorons la cause physiologique ultime de ces altérations mentales. Mais il nous est difficile de faire mieux et les divers traitements physiques qui ont été proposés, et qui ne sont pas supprimés par une thérapeutique morale, ne peuvent guère se justifier davantage.

#### B. — THÉRAPEUTIQUE MENTALE.

Aussi depuis longtemps a-t-on compris la nécessité de ce traitement psychologique. Beauchêne, dans son petit livre curieux sur « l'influence des affections de l'âme dans les maladies nerveuses des femmes » publié dans l'an VII, demande déjà pour ces maladies une « médecine de l'âme, *medicina mentis* ». On connaît bien les tentatives de Heinroth en Allemagne et de Leuret en France pour appliquer aux aliénés un traitement moral, et Lasègue réclame à plusieurs reprises « une thérapeutique morale des maladies nerveuses<sup>1</sup> ». Enfin depuis que les études sur l'hypnotisme et la suggestion se sont développées, d'innombrables travaux que l'on ne peut énumérer ici<sup>2</sup> ont montré comment toutes sortes d'accidents nerveux ont pu être guéris ou amendés par des procédés purement moraux. Il est même juste de remarquer que beaucoup de procédés présentés par leurs auteurs comme des méthodes

1. LASÈGUE. — Études médicales, I, 30.

2. Nous ne pouvons résumer ici la bibliographie immense de la thérapeutique psychologique; on nous excusera si nous renvoyons quelquefois à d'autres travaux où nous avons présenté quelques études historiques et où certaines questions sont traitées avec plus de développement.

de thérapeutique physique n'agissaient, au moins dans certains cas de névroses, que d'une manière morale. La métallothérapie, l'électrothérapie, certaines gymnastiques, etc., déterminaient quelquefois des suggestions; plus souvent elles agissaient en amenant la restauration de certaines sensibilités, ou en réveillant de leur engourdissement certains centres corticaux suivant le langage que l'on adoptera, c'est-à-dire qu'elles agissaient en déterminant des modifications psychologiques. Le reproche que l'on a fait le plus souvent et, à mon avis, le plus justement à ces récits de guérisons par des procédés psychologiques, c'est qu'il s'agissait d'accidents hystériques mal diagnostiqués. Ce reproche n'a plus de valeur ici et il renferme une reconnaissance de ce fait aujourd'hui évident, c'est qu'un très grand nombre de malades hystériques ont obtenu le plus grand soulagement par ces traitements moraux.

Il semble donc juste qu'une étude sur le traitement psychologique de l'hystérie occupe une place dans un traité complet de thérapeutique. Pour légitimer et expliquer autant que possible ces pratiques, je montrerai d'abord en quelques mots la pathogénie des accidents les plus communs afin de faire voir le point vers lequel doit être dirigé le traitement. Enfin pour éviter les spéculations théoriques, je me bornerai à indiquer les traitements divers qui ont été proposés et les résultats de chacun d'eux que j'ai pu observer dans une étude assez longue, poursuivie d'abord dans les hôpitaux du Havre, puis à la Salpêtrière sous la direction de Charcot, et dans le service de mon éminent maître, M. le professeur Raymond.

## II

### Rôle des idées fixes dans les accidents hystériques.

#### A. — IMPORTANCE DE L'IDÉE FIXE.

Dans ses leçons de 1884-85 Charcot a essayé d'établir que certaines paralysies hystériques dépendent « d'une idée, d'une



préoccupation du malade bien capable d'entretenir son mal, étant donné que celui-ci est, comme nous le pensons, surtout d'origine psychique, ou si vous l'aimez mieux, mentale<sup>1</sup> ». Puis il appliqua cette interprétation à toutes sortes d'accidents, à des attaques, des contractures, des mutismes, des anorexies, etc. Des remarques du même genre faites de tous côtés conduisirent à cette conception formulée surtout par Mœbius : « Les maladies hystériques sont des modifications corporelles qui se rattachent à des conceptions, à des idées qui déterminent des émotions persistantes<sup>2</sup>. » Cette interprétation a été tout naturellement développée par tous ceux qui ont étudié la puissance de la suggestion et les modifications organiques graves et durables qu'elle peut déterminer; ils ont prétendu que les choses se passaient dans bien des cas comme si l'hystérique se suggérait à lui-même son accident. « L'hystérique réalise son accident comme il le conçoit », disait M. Bernheim. Malheureusement cette conception si simple est loin de se vérifier facilement dans tous les cas, c'est que le rapport entre l'accident et l'idée fixe est loin d'être toujours aussi simple que dans les cas de paralysies étudiés par Charcot, et il est nécessaire pour le comprendre d'étudier avec plus de précision les caractères que peut prendre l'idée fixe chez l'hystérique, afin de discerner en quoi le rôle qui lui a été attribué est juste et en quoi son importance a été exagérée.

#### B. — IDÉE FIXE ANCIENNE ET LATENTE.

Le mot « idée » employé par Charcot, le mot « représentation, *Vorstellung* » employé par Mœbius, par Strumpell, le mot « auto-suggestion » employé par Bernheim et en général le mot « idée fixe » employé par beaucoup d'auteurs et que j'ai très souvent répété, peuvent donner lieu à des malentendus

1. CHARCOT. — Œuvres, III, 397.

2. MÖBIUS. — *Centralblatt f. Nervenheilk.*, 1888. — Dans mon travail sur les accidents mentaux des hystériques, 1893, p. 259, se trouve un résumé bibliographique sur cette conception importante de l'hystérie.

et être pris dans un sens qui n'a jamais été celui des auteurs. On peut croire qu'il s'agit d'une idée abstraite et précise, que le malade se dit à lui-même : « je serai paralysé de telle et telle manière » et qu'il assiste froidement à la réalisation de sa prédiction. Jamais Charcot ni aucun auteur n'a compris les choses de cette manière. Charcot emploie à chaque instant les mots, « préoccupation, émotion, angoisse », Mœbius parle d'idée déterminant une émotion persistante, j'ai sans cesse répété qu'il s'agissait d'une « émotion figée, d'une émotion complexe qui se reproduit toujours la même, etc. ». D'ailleurs même chez les obsédés proprement dits, l'idée obsédante n'est jamais abstraite et froide, elle détermine des réactions émotives si fortes que cet état a pu être appelé « un délire émotif ». Il est bien rare que l'on puisse dire avec M. Bernheim que l'hystérique réalise son accident comme il le conçoit. Le plus souvent le sujet ne garde qu'une préoccupation, une émotion persistante et l'accident se rattache à cet état « par cet ensemble de lois psychologiques et physiologiques qui règlent le développement et la manifestation des émotions ».

Même en interprétant les choses de cette manière, on rencontre encore bien des difficultés quand on cherche à se rendre compte du rôle joué par l'idée fixe ou par l'émotion systématique et persistante.

Dans les cas les plus simples l'idée fixe et le symptôme clinique qu'elle détermine sont la reproduction d'un événement de la vie du malade, sont en rapport étroit avec un accident bien net. Un homme est renversé par une voiture et reçoit un choc à la jambe droite, il pense que sa jambe droite est blessée et il a en y pensant une grande émotion de terreur, puis peu à peu il perd la sensibilité et le mouvement de la jambe droite, cela est clair et net. Mais très souvent il n'en est pas ainsi, et le symptôme clinique ou même l'idée fixe nous semblent sans ressemblance ou même sans dépendance avec l'accident que nous considérons comme initial. Un homme perd sa fortune dans le commerce et le voici qui peu de jours après présente un tic de la face, il semble faire



un effort pour souffler continuellement par une narine. Un homme est épouvanté par la mort subite de sa femme qui succombe près de lui dans son lit et le voici qui a du météorisme abdominal et qui commence de grandes attaques d'hystérie dans lesquelles il a l'hallucination d'une locomotive qui se précipite sur lui. Quel est le rapport entre le symptôme et l'accident initial?

Le rapport existe cependant, si l'on veut bien remarquer que chez ces malades, l'idée fixe est antérieure à l'événement actuel qui a simplement déterminé sa reproduction et sa manifestation actuelle. Le premier de ces malades a été très préoccupé par la pensée d'une croûte dans le nez à la suite d'un fort saignement de nez, survenu au cours d'une fièvre typhoïde, il y a 18 mois, et il a déjà présenté cette idée fixe, ce tic de la face pendant de longues périodes. L'autre a été réellement blessé au ventre par une locomotive, il y a 6 ans. Mais le souvenir de ces accidents est resté latent, ne se manifestant pas ou se manifestant rarement, comme il arrivait chez le second malade qui avait l'hallucination de la locomotive quand il lui arrivait de s'enivrer. L'accident nouveau, la perte d'argent, la mort de la femme n'a pas donné véritablement naissance à une idée fixe, mais a mis l'esprit dans un état de faiblesse qui a permis le développement et la manifestation permanente d'une idée fixe ancienne. Ce fait est très fréquent et il explique souvent le désaccord apparent entre l'accident initial et le symptôme qui se manifeste.

#### C. — IDÉE FIXE PRIMAIRE ET IDÉES FIXES SECONDAIRES.

Si nous remontons au véritable événement initial qui a déterminé le début de l'idée fixe, nous pouvons cependant être encore embarrassés et comprendre difficilement le rapport entre cet événement et les symptômes que nous observons. Voici deux exemples caractéristiques pris au milieu de cent autres. Une jeune fille de 25 ans présente depuis six ans une série d'accidents variés, anesthésies viscérales et cutanées très variables,

gonflement du ventre, troubles de la digestion, vomissements, contractures passagères des jambes surtout en adduction, astasie-abasie vraiment surprenante qui depuis plus de cinq ans a rendu la marche tout à fait impossible, etc. Nous apprenons une triste aventure survenue à cette jeune fille : vivant seule avec son père, à l'âge de 18 ans, elle est devenue à l'insu de tous la maîtresse de ce dernier. Les relations, qui ont duré un an, ont cessé depuis six ans, mais la malade est restée obsédée par ce souvenir, et les accidents hystériques ont commencé peu de temps après. Quel rapport y a-t-il entre le souvenir des relations avec son père, les émotions déterminées par ce souvenir et l'astasie-abasie? Autre exemple: voici une femme de 27 ans qui est couchée depuis huit mois sans pouvoir bouger à cause d'une violente douleur dans le ventre. C'est une ovarie, si l'on veut, avec hyperesthésie de la paroi abdominale, vaginisme, contracture des jambes en adduction. Il a fallu la chloroformer pour pratiquer l'examen vaginal qui n'a révélé aucune lésion apparente. A-t-elle donc une idée fixe relativement à son ovaire? En aucune façon. Son idée fixe qui est réelle, c'est la pensée d'un ancien amant qui lui a proposé il y a huit mois de quitter son mari et son enfant et de reprendre avec lui la vie commune. Mais quel est le rapport entre cette idée fixe et son ovaire qui la tient au lit depuis huit mois?

Pour le comprendre il faut savoir qu'une idée n'est pas dans l'esprit une chose simple et inerte, c'est tout un système d'images et de tendances qui se développent et se transforment sans cesse. Autour de l'idée fixe primitive se développent quelquefois par raisonnement, le plus souvent par association, une foule d'idées secondaires, de rêves, d'émotions qui ont à leur tour des conséquences et des manifestations très compliquées, et nous ne pouvons pas toujours rétablir complètement la suite et le lien de tous ces phénomènes.

La jeune fille dont nous parlions a eu d'abord l'idée fixe et la terreur de la grossesse, de là probablement un état émotif permanent qui a déterminé les troubles viscéraux. Les craintes



et les remords ont amené des idées de suicide qui ont déterminé à leur tour le refus des aliments, l'anorexie, de nouvelles anesthésies viscérales et même les troubles de déglutition qu'un médecin avait pris pour les symptômes d'une lésion bulbaire. L'idée de la grossesse d'une part, l'excitation génitale de l'autre, une hallucination étrange du sens tactile et du sens génital que nous ne pouvons décrire et qui se développait au moindre mouvement des jambes ont rendu la marche de plus en plus difficile. L'idée obsédante que sa démarche singulière faisait tout découvrir s'ajoute aux premières et l'astisie-abasie devient complète pendant cinq ans. — La femme atteinte d'ovarie est avant tout une aboulique qui n'ose pas et ne peut pas prendre une décision. Elle aime trop son mari et son enfant pour les quitter, elle aime trop son amant pour renoncer à lui; aussi a-t-elle remis sa décision jusqu'au moment où elle serait bien guérie d'une petite indisposition. Mais elle a reculé sa guérison indéfiniment, elle redoute cette guérison de peur d'avoir à répondre décidément à la proposition de son amant, et depuis huit mois elle reste couchée et souffre de plus en plus. Ajoutez la contracture des adducteurs, des « custodes », si fréquente chez les femmes qui ont des préoccupations génitales et l'on saisit quelques-uns des termes intermédiaires qui ont conduit les malades aux accidents qu'elles présentent actuellement.

Il faut donc bien savoir que l'hystérique a rarement dans l'esprit l'idée fixe de son symptôme; elle ne pense pas à avoir une attaque, ou à garder la bouche de travers. Il n'en est ainsi que dans quelques cas particulièrement simples. L'idée fixe qu'elle a dans l'esprit est en apparence étrangère au symptôme et ne le détermine que par l'intermédiaire de toute une série de conséquences morales et physiques.

C'est ce qui m'avait amené à distinguer dans l'hystérie des *idées fixes primaires*, ou *des états émotifs primaires* origine véritable de la maladie, quoique souvent sans rapport apparent avec elle et des *idées fixes* ou *des états émotifs secondaires* qui amènent successivement une foule d'accidents variés. Ces idées fixes secondaires se compliquent de plus en plus, d'abord

parce que d'autres pensées s'associent avec la première et ensuite parce que l'esprit affaibli par la première idée fixe devient de plus en plus suggestible et acquiert une collection de nouvelles idées fixes à propos du plus petit incident.

De là vient également la grande différence que j'ai souvent fait remarquer entre l'hystérie récente et l'hystérie ancienne. La première est simple, l'idée fixe ordinairement unique est bien en rapport à la fois avec l'événement initial et avec le symptôme. Dans la seconde au contraire tout est très compliqué, et le médecin qui veut pénétrer le mécanisme psychologique des accidents est tout surpris de découvrir un long roman de plus en plus inextricable. Cette grande différence clinique a, comme on le soupçonne, de très graves conséquences au point de vue thérapeutique.

#### D. — NATURE OU CONTENU DES IDÉES FIXES.

Quelles sont les pensées qui peuvent chez les malades jouer ce rôle et se transformer en idées fixes? Cette question me paraît soulevée par certaines théories récentes de l'hystérie, en particulier celles de M. Freud. On a remarqué le rôle considérable que jouaient chez quelques hystériques les idées relatives aux fonctions génitales et on a dit que toute hystérie dépendait d'une excitation sexuelle prématurée et d'une obsession génitale. Cette remarque est d'une vérité banale si on ne la généralise pas inutilement. Depuis la jeune fille qui a été à un bal de campagne et qui revient amoureuse d'un cornet à piston au point d'avoir des attaques délirantes dans lesquelles elle le voit jouer de son instrument, jusqu'à la femme adultère tourmentée nuit et jour par son remords et par son secret, on voit tous les degrés et toutes les formes des préoccupations amoureuses. Cela n'est-il pas très naturel si l'on songe qu'il s'agit des sentiments les plus fréquents et les plus vifs, les plus fertiles en émotions de toute espèce. Mais il faut remarquer d'abord qu'il ne s'agit pas toujours de véritables excitations génitales, ni d'excitations prématurées, l'amour est



un sentiment très complexe et qui peut revêtir bien des formes. Ensuite il faut reconnaître que les accidents hystériques ont très souvent pour origine des idées fixes de nature toute différente. Celle-ci est inconsolable de la mort de sa mère ou de la mort de son enfant, celle-là d'une accusation de vol portée contre elle, etc. etc. Faut-il rappeler les innombrables hystéries traumatiques déterminées par le souvenir obsédant d'un choc, d'un accident quelconque. En un mot tous les souvenirs, toutes les pensées, capables de provoquer des émotions fortes et durables peuvent jouer le rôle d'idées fixes et devenir le point de départ des accidents hystériques. On doit seulement remarquer que suivant l'âge, l'éducation, la situation sociale du malade, certaines idées fixes et certaines émotions sont plus fréquentes que les autres.

E. — CARACTÈRE SUBCONSCIENT DES IDÉES FIXES.

Il reste à insister sur un dernier caractère des idées fixes de forme hystérique qui m'a semblé particulièrement important au point de vue thérapeutique. Ces idées, surtout l'idée primaire qui joue le principal rôle, ne sont pas toujours nettement connues par le malade lui-même. Il ne se rend compte que d'une manière imparfaite et souvent il ignore tout à fait l'obsession qui le tourmente et qui détermine à son insu tous les accidents. Mais comment pouvons-nous dire que cette idée existe, puisque le malade n'en a pas conscience. Parce que cette idée est exprimée par le malade d'une manière extrêmement nette à certains moments particuliers, tandis qu'il n'en conserve pas le souvenir dans les intervalles. Dans les attaques, dans les délires, dans les somnambulismes surtout, il nous explique clairement l'obsession qui le tourmente d'une façon continuelle.

Pendant la veille même, l'écriture ou même la parole automatique, qui se produit sans que le malade la sente, nous manifeste la même préoccupation. Ce sont ces faits que j'ai essayé de résumer en un mot en disant que chez l'hystérique

l'idée fixe était très souvent *subconsciente*. Ce mot ne doit soulever ici aucune querelle philosophique. Il ne s'agit pas de chercher si l'esprit est ou n'est pas divisible, si ces idées conservent, oui ou non, une forme particulière de conscience, ces questions sont tout à fait inutiles au médecin. Ce mot « subconscient » exprime simplement pour lui un fait et un fait incontestable, c'est que le sujet peut exprimer son idée fixe à de certains moments et dans de certaines conditions et qu'il ne le peut absolument pas dans les autres. On connaît bien ce caractère clinique des fugues hystériques : le sujet ne peut raconter sa fugue et les raisons qui l'ont déterminée que si on le met en état de somnambulisme. Eh bien, ce même caractère clinique se rencontre dans les idées fixes qui déterminent des attaques, des paralysies, des anorexies, etc., c'est là un fait banal dans l'hystérie, qu'il est nécessaire de connaître, non seulement pour traiter, mais même pour diagnostiquer avec précision un accident hystérique.

En résumé, il faut se souvenir que l'idée fixe des hystériques est surtout un état émotif systématique et persistant ; pour la bien comprendre, il faut savoir que l'idée fixe peut n'avoir qu'un rapport indirect avec l'événement en apparence provocateur, ou avec l'accident pathologique, que l'idée la plus apparente n'est pas toujours la plus importante, et qu'il y a des idées primaires qui peuvent être tout à fait subconscientes. Si l'on tient compte de ces remarques, on reconnaîtra sans peine que des idées fixes de ce genre accompagnent et précèdent souvent la plupart des accidents hystériques, qu'elles forment une partie intégrante de ces accidents, dont il est impossible de ne pas tenir compte et qu'elles semblent jouer un grand rôle dans l'évolution de ces accidents eux-mêmes.