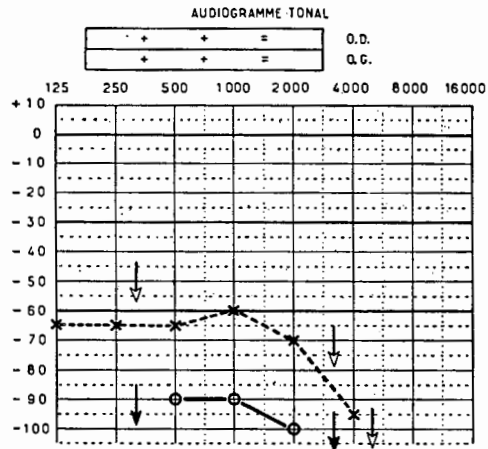


## LE PROBLEME DE LA SURDITE PSYCHOGENIQUE

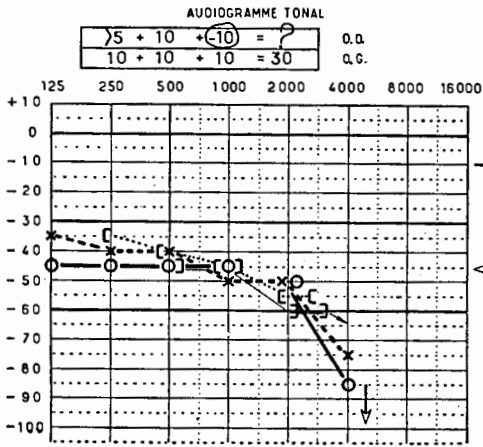
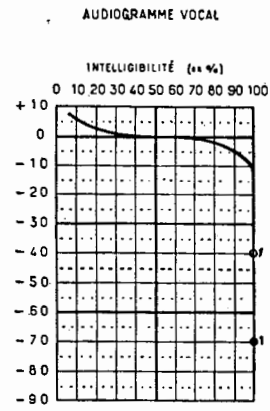
J-E. Fournier

Il convient tout d'abord de s'entendre sur le sens du mot „psychogénie”. Certains auteurs sont conduits par l'étymologie à considérer comme psychogéniques toutes surdités sans base organique ou non explicables par celle-ci, quel que soit le caractère conscient ou inconscient de l'aggravation purement fonctionnelle constatée. La plupart cependant réservent la qualification de psychogéniques aux surdités comportant un facteur fonctionnel de nature hystérique, par opposition à celles qui ont pour cause la simulation intentionnelle du malade. Nous désignerons, dans les développements qui suivent, les déficiences auditives non imputables aux seules lésions organiques par „non-organiques”. Celles-ci se divisent en surdités „simulées” (ou seulement exagérées) et surdités „psychogéniques”, ces dernières étant à leur tour susceptibles, comme nous le verrons, d'une subdivision en deux groupes: les surdités que nous appellerons „psychopathiques” d'une part, et les surdités „hystériques”, sur l'existence desquelles nous soulignerons notre scepticisme, de l'autre.

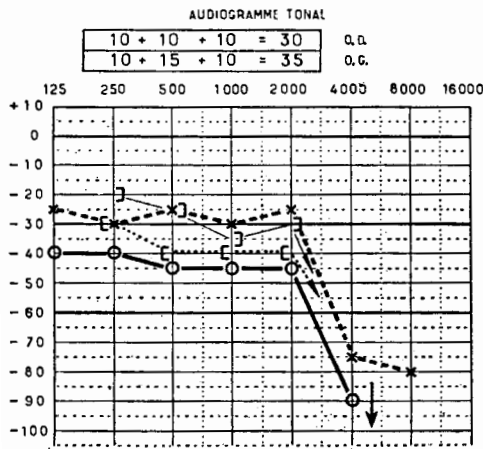
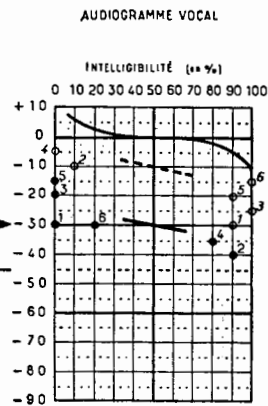
Il est bien connu que les surdités non-organiques (ou non exclusivement organiques) sont caractérisées par l'**inconstance** des réponses du sujet à toute épreuve auditive, et par l'**inconsistance** des résultats obtenus au moyen d'épreuves différant soit par la nature du stimulus (fréquences ou sons vocaux) soit par l'enregistrement des réponses (subjectives ou objectives), soit par l'absence ou la présence d'un bruit assourdissant. Presque toujours il s'agit de surdités du type de perception et, comme l'a fait remarquer DOERFLER (3), la courbe tonale suit le plus souvent un contour d'égale intensité sonore passant à 50 db ou plus au niveau de 1000 hz, ce qui correspond évidemment à un niveau de confort optimum. De nombreuses épreuves spéciales permettent de confirmer le diagnostic de non-organicité, voire d'éliminer le facteur proprement fonctionnel et de déterminer les courbes auditives exactes du sujet: DOERFLER-STEWART, voix retardée, STENGER, EDG, et autres. Pour notre part, outre ces épreuves classiques que nous n'utilisons qu'en cas de besoin, nous employons d'une manière absolument systématique celle qui a été décrite pour la première fois, croyons-nous, par CARHART, et qui consiste à comparer le niveau moyen de la déficience tonale, dans les limites de la zone dite conversationnelle, au seuil de l'intelligibilité obtenu en audiométrie vocale par l'alternance de coups de sonde, de 10 mots dissyllabiques chacun, successivement à forte et faible intensité (fig. 1). Considérant que les seuils tonal et vocal sont nécessairement en très étroite corrélation (5), et qu'un défaut de corrélation doit en toute occasion pouvoir



A



B



C

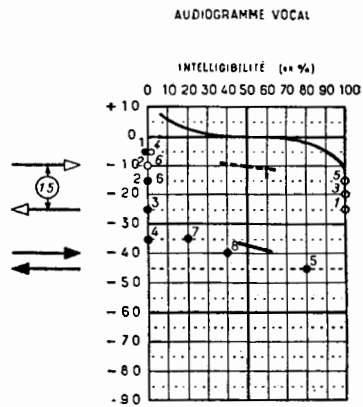


Fig. 1: Conventions graphiques:

OD: cercles, traits pleins, flèches éclairées

OG: croix, tirets, flèches noires.

Sujet: J. M..., 39 ans, ancien combattant pensionné à 55 % (OD: cophose; OG: VC à 5 cm, VH à 50 cm).

**Premier examen** (haut): deux coups de sonde de 10 mots dissyllabiques, l'un à droite, l'autre à gauche, lancés après le relevé des courbes tonales, ont montré que l'exagération était d'au moins 25 db pour l'une et l'autre.

**Second examen** (centre): il est déclaré au patient que le premier examen n'est pas satisfaisant, en raison du fait qu'il n'a sans doute pas bien compris les instructions.

Les secondes courbes tonales sont améliorées, mais à certains signes (CAO-COR négatif sur le 1000 hz), il est visible que l'exagération subsiste.

De fait les secondes courbes vocales, effectuées selon la technique d'alternance de Carhart (coups de sonde numérotés) montrent que la perte est au plus de 30 db sur l'OD et de 10 db sur l'OG. L'exagération est donc réduite à 15 db sur l'OG, mais augmentée à 35 db sur l'OD.

**Troisième examen** (bas): le patient est invité à faire un peu plus attention, et l'opérateur laisse apparaître une certaine suspicion.

La troisième courbe tonale droite est sensiblement au même niveau que la seconde soit à 45 db. La troisième courbe tonale gauche est améliorée: 25 à 30 au lieu de 45 db.

La troisième courbe vocale droite indique une déficience un peu aggravée par rapport à la seconde: 35 à 40 au lieu de 30 db; l'exagération de ce côté est faible: 5 à 10 db seulement. Par contre à gauche, le même niveau de 10 db est atteint encore une fois; l'exagération est donc encore de 15 db.

**Conclusions:** Il s'agit d'un exagérateur. L'audition gauche est au plus subnormale dans la limite des fréquences conversationnelles; car en audiométrie vocale il n'est pas possible d'atteindre le seuil exact sans la coopération active de l'examiné.

L'oreille droite présente sans doute une déficience de 20 à 30 db supérieure à celle de l'oreille gauche; en réalité, compte tenu du second audiogramme vocal, la perte doit être au maximum de 30 db.

Sur les deux oreilles, il existe certainement un déficit accentué sur les fréquences supérieures à 2000 hz, car ce type de courbe n'est pas simulable.

---

s'expliquer par l'extrême ascendance ou la forte pente de la courbe tonale entre les limites de la voix parlée, nous estimons qu'une surdité est non-organique lorsque la différence positive entre ces deux seuils, — le seuil vocal étant inférieur au seuil tonal —, excède significativement celle qui peut être raisonnablement imputée à la variabilité inhérente à toute mesure psycho-sensorielle effectuée dans des conditions cliniques.

En cas de différence positive, la question qui se pose est de savoir si la composante non-organique de la surdité est due à une simulation (ou exagération) intentionnelle, et par suite consciente, ou à une incapacité de nature psychogénique", donc inconsciente. **Il n'existe** à notre connaissance, **aucune épreuve audiolologique permettant un tel diagnostic différentiel**; le simulateur et le psychogénique réagissent aux stimuli sonores de quelque nature qu'ils soient avec autant d'inconstance et d'inconsistance l'un que l'autre. Classer un patient dans l'une ou l'autre catégorie ne peut résulter de l'observation objective d'un syndrome déterminé, et ne repose donc que sur l'impression, purement subjective, produite par son comportement. A ce stade l'audiologiste peut se considérer comme non qualifié et, comme il lui est

souvent recommandé, il lui est loisible de diriger le sujet sur le cabinet du neuro-psychiatre, afin que celui-ci prenne la responsabilité d'un jugement dont les conséquences ne sont souvent pas dépourvues de gravité.

Cette manière de procéder est évidemment la plus sage, et elle résoudrait entièrement le problème, tout au moins en ce qui nous concerne, si en réalité elle n'était plus théorique que pratique. Il ne saurait être question en effet de consulter un psychiatre sur les très nombreux cas d'évidente simulation, avouée ou non, mais aisée à dépister, qui encombrant la plupart des centres d'examen audiolinguistiques. Il est donc indispensable qu'un pré-diagnostic de „psychogénie” soit effectué, que le psychiatre confirmera ou non. Ce pré-diagnostic est relativement facile lorsqu'il s'agit de ces surdités non-organiques que nous avons désignées comme étant „psychopathiques”. Nous entendons par là l'ensemble des psychoses caractérisées et des déficiences mentales accentuées qui s'opposent, en quelque sorte, à l'application des méthodes audiométriques habituelles. Les adultes schizophrènes, certains maniaco-dépressifs, de nombreux pré-séniles non démentiels, la plupart des imbéciles et tous les idiots ne sont pas „testables” par les moyens classiques; il en est de même, chez l'enfant, pour les schizophrènes et autistes, parfois aussi pour les simples anxieux, et évidemment pour tous les retardés, sauf bien entendu recours en ce dernier cas à des procédés de mesure adaptés à l'âge mental. Nous citerons encore le cas, chez l'adulte comme peut-être aussi chez l'enfant, des troubles hystériques associés tels que la vision tubulaire, l'hypersensibilité cutanée, les aires d'anesthésie et autres manifestations pithiatiques dont on observe parfois la concomitance et qui, de toute évidence sont du ressort exclusif du neurologue. Dans tous ces cas, ou plus exactement chaque fois que l'audiologiste est en mesure de suspecter chez son patient un état psychique anormal, par manque de maturation ou défaut des mécanismes de l'attention, il est certain que le recours au psychiatre s'impose.

Le problème est tout différent lorsqu'il s'agit de ce que nous avons appelé les surdités „hystériques”, c'est-à-dire de ce que la plupart des auteurs désignent par „psychogéniques”. Le comportement général du patient dans ce cas n'est pas celui d'un psychotique ni d'un déficient mental et, fait essentiel, le syndrome hystérique se limite à une perte apparente, le plus souvent partielle, de l'ouïe. Dans la majorité des cas, le déficit auditif allégué est survenu à l'occasion d'un traumatisme, soit crânien, soit sonore; cependant rien ne permet de cataloguer le sujet parmi les simulateurs ou exagérateurs conscients. S'il y a doute, on estime devoir l'en faire bénéficier, et de toute façon, à défaut de pouvoir déceler la motivation, et en l'absence de preuve, on convient que l'inconstance et l'inconsistance des résultats de l'examen sont inconscients.

C'est cette manifestation hystérique isolée, spécifique, que nous croyons devoir mettre en doute. On nous rétorquera, peut-être qu'il existe d'autres exemples de lésions non-organiques, dont le caractère hystérique est attesté par l'effet presque toujours radical de la suggestion, et qui présentent la même spécificité. Le cas des dysphonies psychiques est bien connu. L'argument toutefois ne nous paraît pas convainquant car il peut y avoir des raisons de penser que le domaine expressif est plus sensible au psychisme que

le domaine réceptif. D'un point de vue très général, on peut se demander jusqu'à quel point on est en droit d'étiqueter, sur la seule base d'un jugement subjectif, deux syndromes — la simulation et l'hystérie — qu'aucune épreuve objective ne permet de différencier. La simulation existe indubitablement, car elle est souvent prouvable; l'hystérie auditive semble par contre n'être, au moins pour l'instant, qu'une hypothèse.

La surdité hystérique (ou psychogénique) est un phénomène qui, en ce siècle, se présente par vagues. Les grandes guerres amènent le flot, et celui-ci se retire rapidement dès que survient la paix. „The news that the armistice had been signed cured more cases of hysteria than all previous treatments combined”, dit un auteur américain à propos de 1918. Nous n'entendons pas pour cela nier la réalité des pourcentages avancés par MARTIN (6) ni par les russes. Nous n'avons pas l'expérience de la pratique militaire, mais nous concevons aisément qu'immédiatement après le combat, la constance et la consistance des réponses de sujets encore en état de confusion mentale aient pu être assez faibles. Toutefois il semble s'agir là bien plus de surdités „psychopathiques” que de surdités proprement hystériques.

En pratique civile, les cas patents, s'il en existe, sont certainement très rares. Si rares même que, pour notre part, nous n'en avons guère enregistré que deux ou trois, fort douteux d'ailleurs, sur plus de 25.000 examens audiométriques, depuis le jour où notre foi dans la réalité de ce syndrome a commencé à vaciller. C'est qu'entre temps nous avons jugé — à tort peut-être — que, pour autant que nous ayons correctement assimilé la notion même d'hystérie, il devait y avoir tout de même **une différence entre le comportement du simulateur et celui de l'hystérique**. Le simulateur, cherchant consciemment à tromper l'opérateur, s'efforcera lorsqu'il se sentira plus ou moins dépisté de réduire et l'inconstance et l'inconsistance de ses réponses aux diverses épreuves qu'il subit; d'où cette conséquence qu'une succession d'examens tonal et vocal alternés, au cours d'une ou de plusieurs séances, conduira à une amélioration graduelle des seuils, parfois même jusqu'au niveau réel, au facteur correspondant à la seule absence de motivation près. L'hystérique par contre ne cherche pas à tromper consciemment l'opérateur, et le fait qu'il soit dépisté ne devrait provoquer chez lui aucune réaction particulière; il n'y a donc pas de raison, du moins nous semble-t-il, pour que ses seuils soient améliorés au fur et à mesure que l'examen se prolonge ou se renouvelle, et notamment il n'est pas concevable qu'il puisse donner systématiquement de meilleures réponses tonales après l'examen vocal qu'avant. Or, **la régression progressive de l'inconstance et de l'inconsistance est de règle**, tout au moins chez l'adulte, lorsqu'il ne s'agit manifestement ni d'une psychose ni d'une arriération mentale.

La majorité des sujets qui nous sont envoyés parce que suspectés de surdité hystérique, sont presque tous des post-traumatiques et ils se révèlent n'être que de vulgaires simulateurs. Pour l'affirmer, nous ne nous basons évidemment pas seulement sur la seule régression progressive de l'inconstance et de l'inconsistance des résultats mais aussi, comme tous nos confrères, sur l'aveu, lequel est toutefois très rare, ou sur les signes d'inquiétude ou de confusion que donnent toujours les sujets qui se savent dépistés et qui en conçoivent du dépit. Dans tous ces cas, les causes de la simula-

tion, ou de l'exagération, sont fréquemment assez faciles à déceler. Chez l'adulte il s'agit soit d'éviter une obligation imposée, telle que le service militaire, soit d'obtenir un avantage pécuniaire, tel que l'augmentation d'une pension. Chez l'enfant, et plus fréquemment chez la fille comme l'ont souligné DIXON et NEWBY (2), il s'agit soit d'un besoin affectif, — il tente alors d'attirer l'attention de ses parents sur son cas pour bénéficier des mêmes soins que son frère ou que sa soeur —, soit d'une excuse pour la médiocrité de ses performances scolaires, soit parfois d'une simple mythomanie; il se peut même que l'enfant simule sans raison aucune, ou pour des raisons qui lui sont propres et dont la logique est imperméable à l'investigation des adultes. Cependant nous devons à la vérité de dire que le doute subsiste pour certains cas où l'on ne sait pas exactement si l'enfant simule ou est atteint de troubles psychotiques que seul le pédopsychiatre est en mesure de déceler.

Parmi les adultes suspectés d'hystérie auditive un assez grand nombre ne sont que des malades difficiles à examiner. Ils sont pour ainsi dire „in-testables", ou du moins l'opérateur doit-il faire preuve à leur égard d'une patience, et leur consacrer un temps, dont l'otologiste souvent ne peut disposer. D'eux-mêmes ils sont incapables de donner des réponses nettes à un stimulus tant soit peu liminaire: ils hésitent, s'interrogent, peinent à la tâche, répondent trop lentement ou trop vite, se reprennent, s'interrompent pour mettre en garde l'opérateur contre la réalité des réponses précédentes; assez vite ils donnent des signes de fatigue, que leur âge et leur état de santé ne paraissent pas justifier. Leur bonne foi ne saurait être mise en cause, car l'inconstance et l'inconsistance de leurs réponses finissent par céder devant l'attitude compréhensive d'un opérateur qui, par ailleurs, sait s'imposer à eux. Un tel comportement nous semble être sans rapport avec l'hystérie proprement dite, mais relever plutôt de ce facteur de la personnalité que EYSENCK a décrit sous la dénomination de névrosisme (4); on sait en effet que dans la classification bipolaire de cet auteur, les névrotiques extravertis sont inexacts dans leurs performances, qu'ils ne se conditionnent que lentement et difficilement, et qu'ils présentent une grande variabilité intrapersonnelle.

En ce qui concerne l'enfant, nous croyons pouvoir invoquer plus souvent, d'une part l'emploi de procédés mal adaptés à l'âge mental du sujet, et d'autre part l'inexpérience ou la maladresse de l'opérateur. Comme l'ont souligné BROCKMAN et HOVERSTEN (1), après MYKLEBUST, le son pur est parfois trop abstrait pour le jeune patient, dont par ailleurs les capacités d'attention sont souvent réduites; de plus il ne faut jamais perdre de vue qu'il cède aisément à la provocation qui consiste à lui présenter un son à forte intensité qui lui servira ensuite de base de référence. L'audiométrie de l'enfant exige souvent un doigté, une compréhension et une patience bienveillante qui ne sont pas à la portée de tous les opérateurs.

**En résumé**, nous pensons que la plupart des cas susceptibles d'être suspectés de composante hystérique peuvent s'expliquer soit par la présence d'un trouble psychotique caractérisé, de confusion mentale, ou d'un déficit intellectuel accentué, soit souvent aussi par certains facteurs de la personnalité qui rendent l'examen auditif difficile et imprécis. La régression pro-

gressive de l'inconstance et de l'inconsistance des réponses aux tests, qui s'observe dans la presque totalité des cas litigieux, nous paraît pouvoir constituer l'ébauche d'un diagnostic différentiel entre la simulation auditive et l'hystérie post-traumatique portant exclusivement sur le sens auditif. Il semble en effet difficile d'admettre qu'un sujet puisse ne pas avoir conscience de sa perte fonctionnelle, mais être capable de réduire progressivement son inconsistance révélatrice, au fur et à mesure que l'examineur, en répétant alternativement les épreuves tonale et vocale, lui marque un certain degré de suspicion. L'application de ce critère de différenciation, quelle que soit sa valeur intrinsèque, conduit à une telle réduction des cas de surdité susceptibles d'être imputés à l'hystérie — par opposition à la psychopathie — que la réalité d'un tel syndrome, au moins en pratique civile, peut être mise en doute.

### THE PROBLEMS OF PSYCHOGENIC DEAFNESS

According to the author, „psychogenic” deafness, or functional deafness not assignable to willful malingering, may be divided in two classes: a) „psychopathic” deafness, due to mental confusion (for instance following battle trauma), severe mental retardation, and various psychoses, including perhaps hysteria as a general psychotic syndrome; b) „hysterical” deafness, as an isolated syndrome, occurring usually after head injury or acoustic trauma.

Psychogenic deafness cannot be differentiated from malingering by any known test; whatever may be the cause of the non-organic deficiency, the lack of constancy and of consistency is the same for all tests applied. However a tentative differential diagnostic may be based on behavioral differences. As a rule, in cases of conscious non-organic overlays, when alternate pure tone and speech tests are repeated, thresholds are gradually improved in such a way that constancy is easier to maintain and inconsistency reduced accordingly. Deceiving the examiner in such a way requires a mental goal-seeking operation which apparently implies full consciousness of the test situation. It would be hard to believe that one may altogether be unconscious of the assumed loss, and conscious enough, when the examiner seems to become suspicious, to lessen that loss, making it significantly more consistent and therefore more acceptable to him.

Thresholds are not improved and inconsistency persists in those clear-cut cases of psychiatric deficiencies to which the author refers as „psychopathic”; these can therefore be considered as really psychogenic, in the usual sense of the word. On the contrary, regression of the assumed loss and a reduction of the inconsistency between tests are observed in so many cases imputed to hysteria, as a specific semeiological entity, that the very existence,

at least in civilian practice, of „hysterical“ deafness following trauma may be questioned.

As far as adults are concerned, when no compensation problem is involved, many cases suspected of „hysterical“ deafness may perhaps better be ascribed to neuroticism, a factor of personality associated with low retest reliability, which should make testing itself more difficult and lacking in precision. In children, apart from the fact that they often prove to be clever and obstinate malingerers, for motives easily understandable or for reasons of their own, apparent auditory inconsistencies may sometimes be imputed to either inadequate testing processes or insufficient experience on the part of the examiner.

- (1) S. J. BROCKMAN and G. H. HOVERSTEN: „Pseudo Neural Hypacusis in Children - Laryngoscope, 70, 1960; 825-839.
- (2) R. F. DIXON and H. A. NEWBY: „Children and Nonorganic Hearing Problems“. - Arch. of Otolar. 70, 1959; 619-623.
- (3) L. DOERFLER: „Psychogenic Deafness and its Detection“. Trans. Amer. Otol. Soc. 36, 1954; 70-73.
- (4) H. J. EYSENCK: „Dimensions of Personality“ - Routledge and Kegan, London, 1947.
- (5) J-E. FOURNIER: „L'Evaluation de la perte auditive en pourcentage“ - Ann. d'Oto-Lar. 77, 1960.
- (6) N. A. MARTIN: „Psychogenic Deafness“ - Annals of Otol., Rhin-, Laryng. 55, 1946; 81-87.

J-E. Fournier,

Compagnie Française d'audiologie  
Bd. Hausmann, 162-164,  
Paris, France.