

Regroupement interrégional de l'ouest, D.E.S. Psychiatrie,  
Nantes, les 24 et 25 mars 2005

# Lecture contemporaine de l'hystérie

Stéphane RICHARD-DEVANTOY  
service du Professeur Garre, CHU d'Angers  
Interne D.E.S. PSYCHIATRIE d'Angers,  
deuxième année, troisième semestre.

A mon grand père

# Lecture contemporaine de l'hystérie

## Introduction

### 1. Histoire de l'hystérie

1.1 Justification d'une revue historique

1.2 L'antiquité

1.3 Moyen Age

1.4 De la Renaissance (XV<sup>ème</sup> – XVI<sup>ème</sup> siècle) à Mesmer

1.5 La période Romantique et post-romantique (fin XVIII<sup>ème</sup> – première moitié XIX<sup>ème</sup>)

1.6 Seconde moitié du 19<sup>ème</sup> siècle

1.7 Synthèse de la revue historique

### 2. Freud

2.1 Une rencontre avec Charcot

2.2 La rencontre avec Breuer

2.3 Freud et ses patientes

2.4 Originalité de la théorie

2.5 La conversion

2.6 Théorie de la fixation

### 3. Objet, Relation d'objet, Etayage objectal

3.1 Les stades pré-génitaux de la théorie freudienne

3.2 Stades génitaux

3.3 Nuances et Intérêt du complexe d'œdipe

3.4 L'Objet transitionnel de Winnicott

3.5 Relation entre la relation d'objet ou l'étayage objectal et la lecture contemporaine

## 4. L'hystérie aujourd'hui

4.1 Lecture sous l'angle du DSM IV, relu lui même sous l'angle analytique

4.2 Lecture multi-axiale de la personnalité hystérique

## 5. Nouvelles manifestations de l'hystérie ?

5.1 Fibromyalgie

5.2 L'anorexie

5.3 Une lutte contre la pulsion de mort

## 6. Lecture contemporaine

6.1 Les outils : Le thérapeute, le cadre

6.2 la société

Conclusion

Bibliographie

## Introduction

L'hystérie ! Nous entendons tout et son contraire à son sujet. Des sentiments de rejet, d'inexactitude émergent quand nous évoquons l'hystérie. Spontanément, la majorité d'entre nous, même avertis, qualifie le sujet hystérique en termes péjoratifs. Pourtant, Freud, insistait déjà, en préambule d'un cas d'hystérie, le cas Dora<sup>(19)</sup>, sur la nécessaire empathie devant l'hystérique pour établir un lien. « En effet, l'on sait maintenant que ce n'est pas en traitant l'hystérie avec un dédain affecté, mais bien au contraire en l'étudiant à fond et avec sympathie, que l'on pourra faire face à ce qu'elle exige et du médecin et de l'investigateur<sup>(19)</sup> ».

Le concept d'hystérie servirait-il essentiellement à maintenir la confusion liée à la polysémie du mot, dont les inconvénients sont nombreux ? Ce mot est tombé dans le domaine public et a subi une usure sémantique, l'hystérie désigne à la fois une hyperexpressivité théâtrale, incontrôlée, inconvenante des émotions ; la contagion émotionnelle des foules, des collectivités, des personnes suggestibles ; ou les femmes séduisantes et séductrices qui ne cèdent pas aux avances de l'homme. Il est devenu une épithète journalistique, une insulte.

Pour les psychiatres eux-mêmes, l'hystérie désigne, un style de comportement, une façon d'être, d'offrir des symptômes, un type de relation, une structure de personnalité, des phénomènes normaux, un mécanisme psychopathologique (le refoulement), ou des manifestations morbides aussi différentes que : une conversion somatique temporaire et souvent sans lendemain, une pathologie chronique multisymptomatique avec de nombreux troubles fonctionnels, des pathomimies, une compulsion à se faire opérer, des troubles de conscience altérés, des troubles de la mémoire, des états de transe...

Le diagnostic d'hystérie sert le plus souvent à expliquer de façon expéditive un tableau clinique, un comportement déplaisant et rejeter ainsi un malade importun. La polysémie du terme, son usage large et inconsidéré, dans des contextes différents, lui ont fait perdre toute sa valeur, ce qui a conduit le DSM IV à le démembrer en une multitude d'entité. Il faut laisser le concept d'hystérie aux psychanalystes, dont le champ épistémologique est différent de celui des médecins psychiatres, avertit Bourgeois<sup>(2)</sup>. Il nous met en garde, il n'y a pas une mais des hystériques.

La polysémie du mot souligne d'une part le polymorphisme du symptôme et d'autre part la multiplicité des expressions que l'individu quel qu'il soit est susceptible de manifester pour communiquer avec l'autre. Ce dédale de sens, de sons, de signes interroge aussi la dimension plurielle de l'homme, dont l'hystérie est justement la caricature. Ne parle-t-on pas de théâtralisme, d'hyperexpressivité, d'histrionisme pour qualifier ce personnage protéiforme, insaisissable ? Même les classifications athéoriques du DSM IV, émergences, voire pseudopodes de l'ère pharmacologique emploient ses mêmes épithètes.

Ce personnage, dont on nous dit que le nom serait usité, joue l'acteur. Certes, l'histrion est ce mauvais acteur, mais il n'en est pas moins acteur. Qui dit acteur dit jeu de rôles, emprunt des traits d'un autre personnage, jeu de mots et avec le corps. Dans l'arène, sur les planches, cette figure humaine exprime une souffrance, à la manière des tragédies grecques. Ce comédien joue devant un public, et plus le public en redemande, plus il revient sur scène. Ce corps enjoué, désiré, désirable entre en relation avec le désir du spectateur. Il exhibe des interrogations, auxquelles le médecin tentera de répondre. Les hystériques de Charcot ne jouaient-elles pas le rôle des malades épileptiques. Le tableau d'André Brouillet, ci dessous, illustre Les leçons du mardi à la Salpêtrière, avec ces présentations de malades, qui entretenaient le phénomène dans une quête de savoir. L'hystérique bouleverse le confort du savoir et la sécurité des connaissances. C'est l'hystérique qui nous enseigne et nous renvoie l'insuffisance de tout savoir. Il s'en suit des péripéties parfois désastreuses,

calamiteuses entre quelqu'un qui affirme un savoir, le médecin et l'hystérique qui nous montre que savoir n'est que lacune et incomplète.



Donner une définition d'un concept mal circonscrit, évanescent aurait été le préalable indispensable à une lecture contemporaine. Faut-il être rassuré par les propos de Lasègue ? « La définition de l'hystérique n'a jamais été donnée et ne la sera jamais », écrivait-il, et il justifiait ce point de vue par le polymorphisme et la variabilité de ce qu'il considérait comme des symptômes. Lucien Israël ajoute à cette définition qu'elle ne sera jamais donnée par un médecin (34).

Dans ce dédale de sens, nous aurions besoin d'un fil d'Ariane pour donner corps à notre exposé. Il y a de quoi s'y perdre. Il semble loin le temps des conceptions utérines, des théories des vapeurs. L'hystérie serait-elle éteinte ? Concept galvaudé, nous dit-on, elle aurait pris des formes nouvelles, des noms différents. Pourquoi ? Qu'y aurait-il à comprendre derrière ce polymorphisme clinique ?

Mais ce qui unit les hystériques ne concernent pas leurs symptômes mais l'expression de ceux-ci. L'expression, du latin *exprimo* : faire sortir la pensée du corps. D'où la relation essentielle de l'hystérique avec la parole dont le symptôme est l'expression. Les symptômes névrotiques sont donc un message, dont le sens émane de l'inconscient. Le symptôme n'est plus le signe d'une lésion anatomique ou d'une perturbation biologique. L'hystérie, soulignons-le, est un mode de relation très singulier et l'hystérique tente par son symptôme d'entrer en communication.

Nous tenterons nous aussi d'entrer en communication avec l'hystérique, au travers d'une lecture contemporaine de cette entité.

# 1. Histoire de l'hystérie<sup>(38)</sup>

## 1.1 Justification d'une revue historique :

L'actuel se fonde, se construit sur un socle, une base de données issues du passé, de l'histoire du sujet. Nous même, dans nos entretiens cliniques, tentons d'éclaircir l'actuel à partir du passé. L'histoire amène à une conception, celle de l'hystérie en l'occurrence, ou bien nous fait découvrir un sujet, l'hystérique à un moment donné de sa trajectoire singulière d'existence. Il est nécessaire de comprendre d'où nous partons, et quelles ont été les constructions sociales à partir desquelles se forge le contemporain. Nous développerons l'histoire de l'hystérie d'Hippocrate jusqu'à la fin du 19ème siècle, nous arrêterons sur les conceptions Freudiennes et dirons en quoi ses vues étaient et demeurent révolutionnaires. Ce développement s'articulera avec les conceptions actuelles et les idées reçues à propos de notre sujet.

Aussi, l'histoire de la médecine, c'est l'histoire de l'hystérie du jour où quelqu'un à pris en compte les souffrances de ses semblables. Nous retraçons les pérégrinations de la conception de l'hystérie au travers des époques. Ce périple, ce voyage, ce mouvement, ce retour sur le passé de l'hystérique soulignent le caractère changeant, mobile du symptôme de la grande névrose de Charcot, mais évoquent aussi les premières théories étiologiques, à savoir la matrice migratrice . Les conceptions de l'hystérie meurent, migrent au gré des époques, des théories échafaudées et des hommes. Cette quête, ce besoin de savoir, lié à la curiosité sexuelle, pulsion épistémophilique<sup>(22)</sup>, que Freud décrira dans Pulsions et destins des pulsions, n'est pas sans rappeler le mystère qui taraude l'hystérique, à savoir la question de la sexualité.

Savoir, connaître, découvrir, comprendre et enseigner sont des qualités exigibles de tout scientifique. Enseigner la médecine c'est vouloir être exhaustif, épouser son sujet. L'hystérique bouleverse le confort du savoir et la sécurité des connaissances. C'est l'hystérique qui nous enseigne et nous renvoie l'insuffisance de tout savoir. Il s'en suit des péripéties parfois désastreuses, calamiteuses entre quelqu'un qui affirme un savoir, le médecin et l'hystérique qui nous montre que savoir n'est que lacune et incomplétude. Débutons notre périple à Cos.

## 1.2 L'antiquité :

### a) Hippocrate<sup>(38)</sup>

L'énigmatique hystérie dont Hippocrate perçoit le caractère insaisissable s'explique à l'époque par la « suffocation de la matrice »<sup>(38)</sup>. Elle survient chez les « femmes qui n'ont pas eu de rapports sexuels », soulignant par là un lien possible entre le symptôme et ce qui deviendra plus tard la théorie sexuelle des névroses.

« Quand la matrice est au foie et aux hypochondres et produit la suffocation, le blanc des yeux se renverse, la femme devient froide, et même quelques fois livide. Elle grince des dents ; la salive afflue dans la bouche et elle ressemble aux épileptiques. Si la matrice reste longtemps fixée au foie et aux hypochondres, la femme succombe étouffée<sup>(38)</sup> ». La description reste rudimentaire mais il faut solliciter le texte pour y voir une préfiguration de la crise hystérique. Hippocrate ajoute, sans guère plus de précisions cliniques, que la matrice peut se fixer sur d'autres organes que le foie : sur le cœur, la suffocation provoque de l'anxiété, des tournoiements, des vomissements bilieux.

Mobilité de l'utérus, labilité du symptôme se dégagent déjà de ces premières descriptions cliniques qui s'accordent sur une origine « matricielle (38) », sexuelle du phénomène. Dans ses explications, Hippocrate s'attachera à la croyance de l'animalité de l'utérus, doctrine de la nature présente de l'époque.

#### b) Arétée de Cappadoce(38)

Médecin, originaire de l'Anatolie centrale, il s'installe à Rome au début du premier siècle après avoir séjourné à Alexandrie. Il a composé plusieurs ouvrages, dont un traité sur les fièvres et les maladies des femmes. Son Traité des signes, causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques(38) a paru dans sa langue originale à Paris en 1554, et repris et traduit en français en 1834 : « Au milieu du bassin de la femme se trouve la matrice, organe sexuel qu'on dirait presque doué d'une vie qui lui est propre. Elle se meut en effet elle même çà et là dans la région hypogastrique, puis remonte vers la poitrine puis sous le sternum, se portant tantôt vers le côté droit, tantôt vers le côté gauche, sur le foie ou tel autre viscère, puis par un penchant naturel, redescend vers la partie inférieure. Rien de plus mobile et de plus vagabond que la matrice(38) ».

Il insiste sur le caractère aigu et chronique des maladies, distingue l'hystérie de l'épilepsie, mais persiste sur la migration, le déplacement de l'organe utérin.

Fait nouveau, Arétée évoque de façon très brève la possibilité d'une hystérie masculine(38) dénommée « Catoche(38) », mot qui signifie, dans sa forme adjectivale, chez Aristote, « possédé ou inspiré par un démon ». Cette image maléfique interroge la dépossession du sujet, non maîtrisable selon un ordre religieux bien établi. Ce démon hantera l'hystérie du Moyen Age.

#### c) Soranus(38)

Gynécologue, obstétricien et pédiatre, à la fin du premier siècle, anatomiste averti, décrivant l'appareil génital féminin, il fut le premier à s'opposer aux théories migratrices : « L'utérus n'est pas un animal migrateur (38) ».

L'hystérie prend possession de la partie de son corps qui lui échappait et l'hystérie intègre le corps de la médecine. « Toute la pathologie relève, soit d'un état de tension de l'organe, soit au contraire d'un état de relâchement(38) ». Son Traité des maladies des femmes préfigure la théorie de la libido freudienne. Il réfère une pulsion de mort(21) à une propriété du vivant : la matière vivante tend à retourner à l'inanimé, et ce retour, cette chute de la tension synonyme de vie, s'accompagne de plaisir.

Fidèle à sa théorie, Soranus attribue comme seule cause à cette maladie une constriction de l'organe : « Les malades sont atteintes subitement et tombent par terre sans voix, avec une respiration difficile et la perte des sens, les dents s'entrechoquent et deviennent stridentes ; quelquefois il y a des convulsions des membres... Cette affection utérine a une grande affinité avec l'épilepsie à cause de la perte de la voix et des sens.(38) » Il insiste sur le désir de la femme et prône que la sexualité est un mal nécessaire.

L'œuvre de Soranus marque une étape importante dans l'histoire de l'hystérie. Ce gynécologue accoucheur, très lié au milieu des sages femmes, a mis fin à la croyance qu'elles entretenaient depuis toujours : l'utérus n'est pas un animal. Il n'est pas un corps étranger. Il appartient à la femme. La sexualité n'est plus dominée par cet étrange animal. C'est la femme qui a des désirs, et en particulier celui d'enfanter. Cette évolution décisive est corrélative du grand mouvement de libérations des minorités opprimées, grand mouvement

appuyé, suscité ou utilisé par l'idéologie nouvelle : le christianisme. La femme prend possession de la partie de son corps qui lui échappait et non des moindres, et l'hystérie intègre, elle aussi, le corps de la médecine.

#### d) Gallien<sup>(38)</sup>

Les textes de Gallien relatifs à l'hystérie se trouvent dans son traité Des lieux affectés. A l'époque, l'hystérie est la dénomination vulgaire, profane utilisée par les sages-femmes pour désigner ce que les médecins appellent « suffocation <sup>(36)</sup> ». Il décrit trois formes d'hystérie : la forme léthargique<sup>(38)</sup>, la suffocation<sup>(38)</sup>, et la forme motrice<sup>(38)</sup>.

La clinique de Gallien demeure pauvre. Beaucoup plus riches sont les développements consacrés aux causes de l'hystérie. Gallien est alors véritablement novateur. Il établit pour la première fois une théorie sexuelle ou séminale de l'hystérie. L'hystérie n'est pas due à une migration de l'utérus.

L'idée de déplacement étant abandonnée, il restait à trouver une explication susceptible de rendre compte des effets à distance : ce sera la rétention de la semence, la femme étant censée émettre une semence analogue au sperme masculin. L'explication étiologique de Gallien souligne l'abstinence sexuelle, et soulève l'interrogation de la femme devant la sexualité. Insatisfaite de sa sexualité, de ses affects, ses émotions ....et tous les domaines de la vie de relation, maladie de la relation.

#### e) Quel est l'héritage médico-philosophique ?

L'histoire de l'hystérie est étroitement liée à celle de l'épilepsie. L'épilepsie est masculine. L'hystérie est féminine. A l'opposition des deux sexes répond l'opposition des sièges situés aux deux extrémités du corps. Pour Gallien, l'épilepsie est due à la rétention dans l'encéphale, encombré par des humeurs, de ce principe vital, le « pneuma psychique <sup>(38)</sup> », vestige de vieilles théories pneumatistes<sup>(38)</sup>. De sorte qu'apparaît, là encore, une nouvelle symétrie : rétention du « pneuma vital » en haut ; rétention de la semence féminine en bas, qui désigne en fait l'abstinence sexuelle.

Il est encore curieux de constater que ces manifestations qu'on peut qualifier « d'hystériques » par anachronisme, se voient attribuer des causes surnaturelles, celles qu'on attribue à l'épilepsie avant Hippocrate. L'hystérie devient avant l'entrée dans l'ère du Moyen Age, une sorte de mal sacré, analogue à l'épilepsie de l'époque archaïque et anté-médicale.

### 1.3 Moyen Age<sup>(38)</sup> :

L'hystérique devient un mal sacré, le diable, le père de l'hystérie<sup>(38)</sup>. Or l'un des attributs du Diable est de tromper, et nous verrons que pour Sydenham le trait essentiel de l'hystérique est de tromper le médecin, de simuler des maladies, pour se donner pour ce qu'elle n'est pas. Ces conceptions populaires incarnent encore notre pensée contemporaine. Le symptôme est un leurre, un masque de ce qu'elle ne veut pas savoir ou ne sait pas de sa souffrance, de son mystère, de sa sexualité, de son secret. Les secrets de ses névrosés sont ce que Breuer appelait des « secrets d'alcôve <sup>(8)</sup> », des conflits d'ordre sexuel dont les malades ignoraient tout.

La chasse aux sorcières<sup>(36)</sup> reçoit son mode d'emploi, au 15<sup>ème</sup> siècle. Il va servir de guide pour l'identification de la sorcière. La bataille entre les religieux et les médecins fait rage. La médecine tente de se détacher de la théologie.

Jean Wier<sup>(38)</sup> défendra l'antithèse de cette version diabolique qui fait passer l'hystérique pour vecteur d'un discours dogmatique. Il est certain en tout cas que ce n'est pas l'œuvre courageuse de Wier qui a freiné l'acharnement des juristes et des théologiens à purifier par le feu les malheureuses femmes ensorcelées.

#### 1.4 De la Renaissance (XV<sup>ème</sup> – XVI<sup>ème</sup> siècle) à Mesmer<sup>(38)</sup> :

La critique historique rétrospective menée par les premiers aliénistes visait à ramener dans le giron de la science les faits de possession attribués dans le passé à l'intervention des forces diaboliques. C'était, en somme, faire avec l'hystérie ce qu'Hippocrate avait fait avec l'épilepsie : désacraliser l'hystérie<sup>(36)</sup>. Plus tard, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, Charcot et ses élèves ont poursuivi et amplifié cette recherche historique, montrant que les cas de possession, les convulsions, les épidémies de convulsionnaires, les stigmates, les anesthésies, etc., étaient tout à fait semblables à ce qu'on pouvait observer à la Salpêtrière. Recherches dont l'intérêt historique est certain, mais qui n'étaient pas entièrement désintéressées. Face à l'école de Nancy qui prétendait que l'hystérie n'était qu'un produit artificiel de la Salpêtrière, l'interprétation de l'histoire prouvait que l'hystérie n'avait pas attendu Charcot pour exister.

Mais pour l'heure, à la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle, on reste devant l'alternative : soigner ou punir. Dans les années 1660-1670, le temps des « démonologues<sup>(38)</sup> », apologistes de la chasse aux sorcières<sup>(38)</sup> est bien passé. Si la sorcellerie se « civilise », l'attribut essentiel du diable va se « laïciser » et fournir le trait dominant de l'hystérie, le pouvoir de tromper.

##### a) Sydenham<sup>(38)</sup>

A la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle, l'hystérie refait surface. Elle prendra sa véritable dimension nosographique avec Sydenham dont l'autorité s'étendra jusqu'au début du XIX<sup>ème</sup> siècle. Or la nouveauté, véritable rupture avec toute la tradition de l'Antiquité, est apportée par Sydenham : l'hystérie n'est pas une maladie comme une autre<sup>(36)</sup>. Elle n'entre pas dans le cadre nosographique à côté des autres maladies ; elle se situe au dessus de toutes les maladies, en superposition sur un plan parallèle, elle les imite toutes ; elle en donne de toutes une image trompeuse. C'est la grande « fallace<sup>(38)</sup> », nous dit Sydenham. Ce n'est pas une maladie comme les autres, mais elle reste une maladie, donc dans le giron de la médecine.

On lui reconnaît un génie particulier, celui de tromper, mais on s'efforce de ramener ce génie dans l'espace médical en lui appliquant les théories en cours. Telle est la position ambiguë de l'hystérie : une maladie qui n'est pas une, tout en l'étant...

A cette époque, le siège de l'hystérie fait son ascension. Pour la première fois, et en rupture avec la tradition, le siège de la maladie- hystérie va émigrer de l'utérus vers le cerveau. La théorie utérine ne va pas disparaître pour autant, puisqu'elle trouvera encore des défenseurs au début du 19<sup>ème</sup> siècle. En simplifiant, on peut distinguer les auteurs qui restent partisans de la théorie utérine et les partisans de la théorie cérébrale. On retrouve dans le premier groupe les spécialistes des maladies des femmes (gynécologue, accoucheurs) et dans le second, les neurologues.

La théorie des vapeurs fait foi à cette époque, insistant également sur l'abstinence volontaire ou forcée des vapeurs, ralentit les vapeurs et amène à la crise : « Si les vapeurs se portent sur les nerfs des poumons, elle y font de l'asthme convulsif. Lorsqu'elles sont poussées vers ceux du cœur, elles font le pouls convulsif et les palpitations<sup>(38)</sup> ». Avec la théorie utérine, les vapeurs se propagent de bas en haut, avec la théorie cérébrale de haut en bas. L'ascension du siège de l'hystérique va avoir des conséquences considérables. L'hystérie, en quittant l'ancre obscure de la fornication, le lieu du plaisir et du péché, va se déssexualiser<sup>(38)</sup>. Ayant élu domicile dans l'organe noble de la pensée, elle va se policer, acquérir de bonnes manières, emprunter des expressions qui conviennent aux femmes du monde. Alors que dans la théorie des vapeurs se traduisaient par des manifestations triviales, elles se sont plus maintenant qu'une sorte de vertige des sens, une émotion trouble mais pudique. L'hystérie se déssexualise au point de ne plus être l'apanage de la femme ; l'homme aussi peut être hystérique, et l'on commence à décrire des cas d'hystérie chez l'homme<sup>(38)</sup>.

Sydenham insiste sur le caméléon<sup>(38)</sup> que représentera l'hystérie : « Cette maladie est un protée qui prend une infinité de formes différentes : c'est un caméléon qui varie sans fin ses couleurs...ses symptômes ne sont pas seulement en très grand nombre et très variés, ils ont encore cela de particulier entre toutes les maladies, qu'ils ne suivent aucune règles, ni aucun type uniforme, et ne sont qu'un assemblage confus et irrégulier : de là vient qu'il est difficile de donner l'histoire de l'affection hystérique.<sup>(38)</sup> »

Il verra dans l'hystérie une pathologie chronique et pas seulement des crises aiguës et rassemblera l'hystérie et l'hypochondrie. Dans le champ de la pathologie chronique où chaque maladie a ses frontières, l'hystérie a le don d'ubiquité : « Elle imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain, car dans quelque partie du corps qu'elle rencontre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à cette partie ; et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompe aisément et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie, des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique.<sup>(38)</sup> »

Le don d'ubiquité, décrit par Sydenham, est là pour nous rappeler la question fondamentale de l'hystérique, celle de la bisexualité : suis-je homme ou femme ? En effet, le complexe d'œdipe, complexe nucléaire des névroses pour les psychanalystes, amène plusieurs questions, dont la différenciation des sexes<sup>(29)</sup>. Pour le garçon, le complexe d'œdipe ne suppose pas un changement d'objet d'amour, l'objet d'amour initial étant déjà la mère, mais un changement identificatoire<sup>(29)</sup>. Pour la fille, le changement d'objet d'amour<sup>(29)</sup> doit s'opérer, avec pour nouvel objet d'amour, le père. Ce changement d'objet a un caractère problématique, car l'objet maternel ne peut en réalité être abandonné. Pour s'en sortir, il ne reste plus que la stratégie de l'ubiquité, d'où l'importance de la bisexualité<sup>(1)</sup> dans l'hystérique : le corps du père œdipien est ainsi investi comme habitacle maternel et le corps de la mère, érotisé secondairement, au point que l'homosexualité latente est banalisée<sup>(1)</sup>.

Après cette incursion dans le champ épistémologique analytique, revenons à la période de la Renaissance. Les théories de Sydenham transpirent l'antithèse du trop de soufre<sup>(38)</sup>, des pensées lubriques, des désirs invouables et du trop de concupiscence<sup>(38)</sup>. Est ce un hasard si l'abandon de toute référence à l'exercice de la sexualité a été fait de Sydenham, compagnon du puritain rigoriste qu'était Cromwell ?

b) Mesmer<sup>(38)</sup>:

Il apporte le magnétisme à l'hystérie, précurseur de l'application de l'hypnose . Il soigne « le mal par la mal <sup>(38)</sup> », grâce à des courants magnétiques. Il met en scène l'hystérique, notamment Mademoiselle Oesterline <sup>(38)</sup>: « la jeune fille est en syncope et en convulsion

(38) ». Il démontre à un médecin incrédule de ses théories magnétiques, que ce n'est pas l'aimant qui agit mais bien son corps magnétique. Le protocole expérimental est en germe, celui qui servira à l'illustre école de la Salpêtrière cent ans plus tard.

Mesmer vient révéler un savoir inconnu du sujet à l'état de veille(38). L'idée de langage authentique, prisonnier de la langue d'emprunt, annonce les formulations de Freud sur la distorsion imposée par le Moi à la délivrance du message secret dont le névrosé est porteur. Le message ne peut passer qu'à la condition de se travestir. L'hystérie, dans ses manifestations critiques, affirme sa nature sexuelle. La crise hystérique n'est qu'un ersatz plus ou moins réussi du commerce charnel(38).

## 1.5 La période Romantisme et post romantique(38) (fin XVIIIème – première moitié XIX ème)

Les médecins qui s'intéressent à l'hystérie ne font que rejoindre l'imaginaire romantique en replaçant la femme sur un piédestal ; ils ne font que participer dans l'exercice de leur art aux grandes sources d'inspiration de la littérature de l'époque(38) : la femme muse, la femme ange et démon, la mère féconde, la vierge, la femme fragile et passive. A quoi s'ajoutent de façon beaucoup plus prosaïque et dans un tout autre ordre d'idées, la découverte par les physiologistes de l'ovulation, et par conséquent la mise en évidence du rôle créateur et actif de la femme dans la génération.

Dans La Femme (1859), Michelet(38) a tracé d'elle un portrait qui rejoint l'image type des descriptions médicales de l'époque. Curieusement, cette femme douce, aimante, séductrice, éveillant le désir de l'homme sans jamais le satisfaire, rejoint les descriptions qu'on donne actuellement de la femme hystérique. Le désir n'est pas seulement interdit, parce que coupable, mais parce qu'il est désir insatisfait. C'est en ce sens que l'inceste est à la fois désiré et redouté comme image de l'impossible, en ce sens que la castration est toujours anticipée par la fuite éperdue(3). A la fois, la renaissance donne au sexe féminin le statut de femme, reconnaissance que la femme aurait un sexe(34).

L'hystérique passe d'un objet sexuel à une personne incarnant des images féminines multiples, puis sous le regard médical redevient objet d'expérimentation. Ce mouvement d'un statut d'objet à celui de sujet, puis d'objet, nous amènera à introduire ultérieurement la question de la relation d'objet, indispensable pour appréhender les relations interpersonnelles et la « maladie » de la relation qu'est l'hystérique. Cette approche analytique diffère radicalement de l'opinion des premiers aliénistes, ayant eu le mérite d'introduire une nosographie psychiatrique.

### a) Les aliénistes Pinel, Esquirol(38)

Pinel distingue l'hystérique de la « nymphomanie (38) » ou « fureur utérine(38) ». Cette nymphomanie, équivalent féminin du « satyriase » se rapprocherait plutôt de l'accès maniaque(38). La seule concession faite par Pinel à ses contemporains est de ranger l'hystérique dans la classe des « névroses ». Pinel continue de voir dans l'utérus le siège de l'hystérie, et attribuer, comme le faisaient Hippocrate et Galien, le déclenchement des accès à une « continence austère (38) ». Le mariage est le meilleur remède de la maladie pensait-il, et rejoint en partie sur ce point Lucien Israël, qui émet que le mariage peut contribuer à une amélioration plus ou moins transitoire de la symptomatologie, parlant alors d'hystérie réussie.

A l'inverse, certains défendent la thèse neurologique, lui affectant une nouvelle terminologie « névrosasme cérébrale <sup>(38)</sup> », se distinguant de l'hypochondrie, atteinte à la fois du cerveau et du système nerveux ganglionnaire autonome, c'est une « névrotaxie cérébrale ganglionnaire <sup>(38)</sup> ».

Georget, élève d'Esquirol, assigne de nouveau un même siège à l'hystérie et à l'hypochondrie : le cerveau. La théorie utérine est désormais caduque : « L'hystérie est une affection convulsive apyrétique, ordinairement de longue durée, qui se compose principalement d'accès ou d'attaques qui ont pour caractères des convulsions générales et une suspension souvent incomplète des fonctions intellectuelles<sup>(38)</sup> ». L'hystérie siège désormais dans l'appareil cérébro-spinal, siège des émotions et des mouvements. On tente de la dénommer « encéphalie spasmodique<sup>(38)</sup> », ne serait nous rappeler l'actuelle spasmophilie, ou bien l' « attaque de nerfs », insistant sur l'impropriété du terme. Tout en se différenciant, un rapprochement entre l'hystérie et l'hypochondrie s'effectue, en attribuant à ces deux névroses un fond commun prédisposant à la « névropathie protéiforme<sup>(38)</sup> ».

#### b) Paul Briquet <sup>(38)</sup> (1796-1881)

« Dans tout ce qu'on a écrit, il y a beaucoup plus d'imagination que de véritable nature<sup>(38)</sup> », vie imaginaire intense dirions nous de nos jours, ce que d'autres dénommerait « fantasmatisation<sup>(33)</sup> ».

Il souligne de nouveau qu'il s'agit d'une maladie comme une autre, non une maladie honteuse ; « ça n'est pas Vénus tout entière à sa propre proie attachée<sup>(38)</sup> » nous dit-il. Il trouvait qu'elle constituait une affection dont il était très facile de comprendre la nature, dont tous les symptômes avaient leurs analogues dans l'état physiologique, nature qui obéissait à des lois déterminées.

Briquet était un généraliste peu familiarisé avec le commerce des névroses. Est-ce à cette innocence qu'il a dû de percevoir que la crise hystérique n'était pas seulement la conséquence plus ou moins directe des « passions<sup>(38)</sup> » ? mais qu'elle était le rappel, la reproduction, le mémorial, la réplique de l'événement inaugural. Cette notion de trauma sexuel initial, réel puis produit du fantasme, sera reprise dans l'œuvre de Freud.

Briquet, le premier a attribué un sens à la crise, sens qui n'est donné par l'histoire de l'hystérique et qui rentre dans son économie personnelle. Il avait perçu l'importance de l'imitation et de la contagion.

L'hystérique ne reproduit pas seulement ce qui appartient à sa problématique personnelle, mais elle reproduit aussi ce qui appartient aux autres, elle reproduit même ce qui appartient à personne, ce qui circule comme représentation collective. Chaque époque est marquée du sceau d'une société déterminée, pourvoyeuse de maladies et attribuant l'amplitude d'acceptation d'une norme. Devant la question : contre quoi lutte l'hystérique ? L'hystérie incarne une des formes de la résistance au monde autoritaire, au monde de l'argent et du pouvoir. Israël parle d'une hystérie normale<sup>(34)</sup>, libératoire et libératrice<sup>(34)</sup>, défense contre l'oppression, expression détournée d'un refus, d'une protestation, sinon d'une souffrance<sup>(34)</sup>. L'image que véhicule la société actuelle n'est-elle pas pourvoyeuses de ses nouvelles formes d'hystérie, de nouvelles formes d'expression, de troubles fonctionnels divers et variés, expression d'un corps en souffrance, corps qui réagit devant une contention de l'expression du désir.

### c) Lasègue (1816-1883) <sup>(38)</sup>

« La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Les symptômes ne sont ni assez constants, ni assez conformes, ni assez égaux, en durée, en intensité, pour qu'un type, même descriptif, puisse comprendre toutes les variétés<sup>(38)</sup> ». L'hystérie se refuse à entrer dans le cadre de la pathologie générale et dans ceux de la pathologie mentale. « Les lois qui commandent aux évolutions pathologiques ne s'y adaptent pas ; l'exception n'y confirme pas la règle, mais elle devient elle-même la règle et la caractéristique<sup>(38)</sup> ». L'image de l'hystérie, un tout, reste éclatée, éparpillée dans toute la pathologie.

La tentative infructueuse de Lasègue marque une date dans l'histoire de l'hystérie, du moins en France. Les aliénistes vont rejeter la grande névrose hors de leur champ d'investigation. L'hystérie ne peut entrer dans la pathologie mentale et elle reste en marge de la pathologie générale. A cette désaffectation des aliénistes pour cette névrose, s'ajoute le fait que les hystériques avec leurs crises, leurs caprices, leurs comportements bruyants perturbent l'ordre des services d'aliénistes. Ceci peut nous rappeler les adjectifs péjoratifs que nous utilisons à leurs propos dans les services. On cherche à les écarter, à les mettre ailleurs. On va les réunir dans des lieux de soins séparés, avec une autre catégorie de sujets assez indésirables, eux aussi, les épileptiques. On verra que Charcot héritera de ce « quartier des épileptiques<sup>(38)</sup> ». Dès lors, l'hystérie abandonnée par les aliénistes, va devenir l'affaire des neurologues. Les aliénistes ne garderont de l'hystérie que les aspects les plus « psychiatriques ou psychologues ». L'hystérie sera tirée du côté de l'aliénation<sup>(38)</sup>.

Ainsi s'établit un clivage entre une approche neurologue et une approche aliéniste, avec la tentative d'isoler au sein de l'aliénation une entité : la folie hystérique. Ce clivage, cette double polarité répond-il à une réalité clinique et nosographique ou n'est-il que le résultat d'une approche différente ?

Hystérie insupportable, située entre la médecine, objet d'expérimentation pour les neurologues, qui s'affaire à décrire des tableaux, et de l'autre côté des aliénistes qui n'acceptent que le versant le plus discordant de cette névrose. Personnage protéiforme, tel « le caméléon<sup>(36)</sup> » de Sydenham : n'a-t-on pas là une même névrose donnant à voir au gré d'un interlocuteur neurologue ou aliéniste ? Quelle sera la contribution de Charcot à la Salpêtrière ?

## 1.6 Seconde moitié du 19<sup>ème</sup> siècle<sup>(38)</sup>

### a) Charcot

#### L'homme :

Charcot (1825-1893), père fondateur de la neurologie, s'attache à la neuropathologie, versant neurologique de ce que sera la psychopathologie, le versant psychologique de la psychiatrie. A l'époque, il s'intéresse aux « petits nerveux » qui consultent les neurologues alors que les aliénistes explorent le psyché. Charcot utilise trois procédés dans sa démarche anatomo-clinique de typologie des maladies.

La photographie, dont l'intérêt au 19<sup>ème</sup> siècle apparaît pour les policiers, les scientifiques, est le premier de ces procédés. Pour Charcot, regarder, c'est comprendre. Il établira un laboratoire de photographie à la Salpêtrière, introduisant la photographie médicale. Albert

Lond dirigera ce laboratoire. « L'iconographie photographique de la Salpêtrière », illustre à quel point la photographie fut une machinerie incitatrice à l'hystérie, à la mise en scène.

Le second moyen utilisé par le maître est l'hypnose : « L'hystérie est la condition de l'hypnose<sup>(38)</sup> ». Pour lui, si on hypnotise quelqu'un, il s'agit d'une hystérique. L'école de Nancy s'opposera à l'école de Charcot.

Enfin le troisième méthode : la présentation de malades. Il s'agissait d'une présentation de malades aux leçons du Mardi de la Salpêtrière, comme au théâtre. L'iconographie d'André Brouillet illustre le maître, et ses disciples. Ce n'est pas sans nous rappeler les traits histrioniques, de théâtralisme des descriptions contemporaines du DSM IV.

### Sa théorie, ses conceptions :

1870 marque un tournant décisif dans l'œuvre de Charcot. Ses travaux fondamentaux sur la sclérose en plaque, les arthropathies tabétiques, la sclérose latérale amyotrophique sont achevés. C'est alors que Charcot rencontre l'hystérie dans les circonstances que relate Pierre Marie<sup>(38)</sup>: « Le hasard fit, qu'à la Salpêtrière, le bâtiment Sainte-Laure se trouva dans un tel état de vétusté que l'administration hospitalière dut le faire évacuer. Ce bâtiment appartenait au service du Docteur Delasiauve. C'est là que se trouvaient hospitalisés avec les aliénés, les épileptiques et les hystériques. L'administration profita de l'évacuation de ce bâtiment pour séparer enfin d'avec les aliénés, les épileptiques non aliénés et les hystériques ; et comme ces deux catégories de malades présentaient des crises convulsives, elle trouva logique de les réunir et de créer pour elles un quartier spécial sous le nom de « quartier des épileptiques simples<sup>(38)</sup> ». Charcot était alors le plus vieux médecin de la Salpêtrière, ce nouveau service lui fut automatiquement confié.

C'est ainsi qu'involontairement, par la force des choses, Charcot se trouva placé en pleine hystérie. Sous le vocable d'épilepsie simple ou « essentielle<sup>(38)</sup> », on entendait celle qui, d'après Delasiauve, se manifestait seulement « par des déviations fonctionnelles, sans lésions, répondant à des simples souffrances nerveuses, constituant en un mot, une véritable névrose, donnée au XVIII<sup>e</sup> siècle par William Cullen (1710-1790)<sup>(40)</sup>.

L'absence de lésions organiques, convulsions généralisées, tels étaient les traits communs des deux grandes névroses. Le caractère de la suggestion se dégage déjà, la promiscuité où se trouvaient mêlés, épileptiques et hystériques a fourni à la crise d'hystérie une sémiologie d'emprunt. Le pantomime est en marche, la tendance mimétique de cette névrose fera le reste.

### La clinique

Dès 1870, Charcot dresse le tableau clinique de la « grande hystérie », tableau qui sera retouché, enrichi, passablement compliqué et élargi par ses élèves. Il distingue quatre phases, décrite et reprise par Freud dans la nécrologie qu'il consacre au maître en 1893<sup>(17)</sup>:

- L'aura (la douleur ovarienne peut-être aussi bien un signe permanent que l'annonce du début de la crise).
- L'attaque proprement dite, avec cri, pâleur, perte de connaissance, chute suivi d'une rigidité musculaire, cette phase est dite épileptique ou épileptoïde.
- Vient ensuite la phase dite « clownique » ou « clonique ». Là, nous dit Charcot, « tout est hystérique ». Ce sont de grands mouvements, des contorsions à caractère intentionnel, des gesticulations théâtrales mimant les passions, l'effroi, la peur, la haine, etc...
- La phase résolutive, marquée par des sanglots, des pleurs et des rires.

La crise est éminemment affective : c'est un drame passionnel<sup>(38)</sup> qui s'y joue, s'exprime, qui s'extériorise, et se donne à voir. Le génie propre de l'hystérie est de recouvrir toutes les maladies. Il suffit de fixer l'attention du sujet sur l'apparition du phénomène pour qu'il se produise.

L'hystérie soumise à la méthode anatomo-clinique, rentre dans la science, devient objet scientifique, faisant abstraction du sujet. Ce neurologue amènera une description rigoureuse de signes positifs et négatifs, à savoir que l'hystérie ne répond pas en terme de lésion, la topographie des symptômes hystériques n'obéit pas à la distribution anatomique des nerfs. Il s'attachera à définir l'hystérie masculine, rattaché à l'hystérie traumatique, puisque les victimes sont des travailleurs. Les troubles sont attribués à l'inflammation de la moelle d'où la dénomination anglo saxone de « Railway spine<sup>(38)</sup> » puis de « Railway brain<sup>(38)</sup>», par inflammation du cerveau.

De tous les travaux de Charcot sur l'hystérie, c'est incontestablement ceux qu'il a consacré à l'hystérie traumatique qui resteront dans l'histoire. L'hystérie traumatique est fondée sur l'hypothèse selon laquelle l'idée suggérée peut vivre dans l'appareil psychique à l'état de parasite, ce « corps étranger<sup>(21)</sup> » décrit par Freud dans Au delà du principe de plaisir, l'état mental au moment du choc est comparé à un état hypnotique. C'est l'enseignement que Freud retiendra de son séjour à Paris.

b) L'après Charcot : Janet, Bernheim, babinski...

Bernheim<sup>(38)</sup>

Bernheim, à Nancy, s'associant à Liebault, d'avantage guérisseur que médecin<sup>(38)</sup>, s'intéresse à l'hypnose. Bernheim parle de l'hystérie de la Salpêtrière en « hystérie de culture<sup>(38)</sup> ». On peut y voir un affrontement entre deux hommes, deux théories, mais aussi le clivage entre un pouvoir parisien centralisé et une province qui tente de s'affranchir de la doctrine parisienne. Enfin, nous soulignerons l'influence de la culture sur les théories scientifiques, et médicales. L'hystérie évolue et se lie selon une époque donnée, au gré des théories et des interlocuteurs qu'elle rencontre. Et la culture de Bernheim est celle du « Braïdisme<sup>(38)</sup> », de l'hypnose, influencé par les théories amphigouriques de Liebault. En 1843, Braid<sup>(38)</sup> invente le mot « hypnose », remplaçant désormais celui de magnétisme animal. Les symptômes hystériques sont pour lui le fruit de la suggestion.

Pendant l'été 1889, Freud passe plusieurs semaines à Nancy. Il y voit « le vieux et touchant Liebault à l'œuvre auprès des pauvres femmes et des enfants de la population prolétaire<sup>(28)</sup> ». La suggestion avec ou sans hypnose était encore, à l'époque, pour Freud, son principal instrument de travail. Or c'est justement un échec thérapeutique qui l'engage à faire le pèlerinage à Nancy. Il y vient avec une de ses patientes, « une hystérique fort distinguée, génialement douée », dont les symptômes restent réfractaires à la suggestion sous hypnose. Bernheim tente à son tour d'hypnotiser cette patiente et ne réussit pas mieux que Freud.

Janet<sup>(38)</sup>

Avec Bernheim, Janet, élève de Charcot, confirme que l'hystérie de ce dernier était une hystérie de culture<sup>(38)</sup>. Contre Bernheim, il lui est facile d'ironiser sur le verbalisme de ses explications, sur son incapacité à théoriser. Janet renvoie dos à dos ces deux protagonistes de l'hypnose<sup>(38)</sup>. Entre Charcot et Bernheim, telle est la troisième voie dans laquelle Janet

s'engage et dont il veut être le chef de file. Malheureusement pour lui, personne ne le suivra. Janet fait sa thèse de doctorat de lettres sur « L'automatisme psychologique<sup>(38)</sup> ». Pour cet auteur, l'hystérie est une maladie ; l'explication de l'hystérie par la suggestion revenait à nier ou gommer le caractère pathologique de l'hystérique.

Janet s'attachera au champ de conscience, distinguant l'hystérie par un rétrécissement du champ de la conscience, de la psychasthénie par l'abaissement de la tension psychologique. Il affirme que les accidents hystériques ne sont pas dus à des représentations conscientes. Ce qui détermine ces accès, ce sont les idées subconscientes telles qu'elles apparaissent pendant l'hypnose ou dans le somnambulisme naturel<sup>(38)</sup>. L'École de la Salpêtrière voyait déjà dans la crise hystérique, la reproduction du traumatisme vécu. Insistant sur la dissociation de la conscience, il en rapproche le dédoublement de la personnalité, ce que nous nommons actuellement personnalité multiple<sup>(6)</sup> selon le DSM IV.

Cette recherche de l'élément pathogène conduit à la reconstruction d'une biographie, d'une histoire. Janet introduit pour la première fois dans un système théorique et dans une psychopathologie la dimension historique du sujet.

Babinski<sup>(38)</sup>

Elève de Charcot, il s'attachera également à démembrer l'hystérie du maître. Ce démantèlement est similaire à celui effectué par le DSM IV. Il remplace le terme d'hystérie par celui de pithiatisme<sup>(38)</sup>, c'est à dire un ensemble de troubles dont une personne peut être guérie par la suggestion. Il classe les phénomènes morbides susceptibles d'être guéri par la persuasion et constitue un exemple de catégorie nosographique définie par la thérapeutique. On objecte à la théorie de Babinski que la suggestion et la persuasion entrent dans l'existence de tous les jours, que quantité de troubles fonctionnels qui n'ont rien d'hystériques peuvent être guéris par la persuasion<sup>(36)</sup>, qu'on ne peut pas définir une classe morbide d'après les relations qui unissent le malade au médecin. Cette critique est reprise par Jacobsen dans Folie à plusieurs<sup>(35)</sup>, l'auteur prétend que Freud aurait induit dans le discours des patientes ce qu'il cherchait et attendait. Les patientes lui fournissaient ses propres attentes. Mais, ce lien, tentative de communication entre l'hystérique et le médecin est fondamentale, puisqu'elle détermine d'un côté un savoir et de l'autre une ignorance.

## 1.7 Synthèse de la revue historique :

Retracer l'histoire de l'hystérie, c'est également retracer la figure du maître qu'elle rencontre. Nous pourrions être frappé de l'absence du sujet, de la femme dans cette revue historique. Nous avons retracer les théories qui se sont échafaudées pour donner corps à ce sujet. Sujet, oui, mais d'expérimentation scientifique, médical, objet d'un savoir. Les maîtres se sont succédés avec leur théorie : Hippocrate et la migration utérine, mobilité du symptôme, Galien et la semence, le prêtre et l'emblème le démon du moyen âge, Sydenham et la simulation, Charcot et le traumatisme, Bernheim et l'hypnose, Janet et la dissociation. Chacun d'eux ont contribué à véhiculé nos idées contemporaines de l'hystérie. La mass média, nouvelle figure du maître ? Tous les auteurs soulignent à plaisir le rôle de l'imitation dans l'hystérie : « Imiter, écrit Briquet, est le privilège des femmes ; c'est surtout un privilège des hystériques. Il suffit qu'une malade ait vue une fois un geste, aperçu un acte qui l'aura frappé, pour qu'involontairement elle l'imité<sup>(38)</sup> ». Mais l'imitation n'est pas simulation. Plus tard, en 1904, Dubois de Berne<sup>(38)</sup> écrira : « L'hystérique est une actrice en scène, une

comédienne ; mais ne le lui reprochons jamais, car elle ne sait pas qu'elle joue ; elle croit sincèrement à la réalité des situations<sup>(38)</sup> ».

Figure mobile, fantasque, indisciplinée, insaisissable, aux apparitions multiples et trompeuses, cet indocile personnage nous interroge dans sa signification, sa douleur bien réelle. La mobilité du symptôme, la plasticité de sa présentation, une fois démon, une fois revendicatrice de la figure féminine nous interpelle, mais en filigrane, ne percevons-nous pas la même crise hystérique, le même symptôme, à quelques nuances près, et ceci depuis plus de 2000 ans ? La même crise disais-je, mais dont l'habit, la parure diffèrent au gré des époques, chaque société, chaque théorie habillent son sujet de manière différente. La charpente de l'édifice est partout la même, l'ornementation seule diffère. Ce squelette commun fera l'objet des travaux de Freud

## 2. Freud

Evoquer l'hystérie, même dans une lecture contemporaine, ne permet pas de faire l'économie de l'approche de la conception freudienne. L'hystérie est le paradigme de la névrose, elle a contribué à l'émergence d'un nouveau champ épistémologique, à savoir la psychanalyse. Ce paradigme s'est construit au travers de rencontres.

### 2.1 Une rencontre avec Charcot :

Freud, âgé de 29 ans, rencontre à l'autonome 1885, grâce à une bourse d'études à l'étranger<sup>(28)</sup>, le professeur Charcot. Ce fut un moment inaugural pour la psychanalyse, terme dont la première occurrence apparaît en français en 1896 dans la revue de neurologie, consacré « sur l'étiologie sexuelle des névroses<sup>(38)</sup> ». Il existe une fascination de Freud pour Charcot, voire un lien de vénération, au point que Freud prénommera son fils Martin. Le Rapport sur ses [mes] études à Paris et Berlin<sup>(25)</sup> de 1886, transpire cette admiration : « Je subis l'attrait de cette personnalité et me résolus bientôt à ne fréquenter que ce seul hôpital et à ne suivre que l'enseignement de ce seul homme<sup>(25)</sup> ». Un peu plus loin, il ajoute : « Les contacts permanents, personnels, scientifiques, que je pus avoir avec le maître et qui stimulèrent mon zèle pendant les cinq mois que je passai à Paris<sup>(25)</sup> ». Il consacre une nécrologie au décès de Charcot en 1893<sup>(17)</sup> : « Ce n'était pas quelqu'un qui rumine, ni un penseur, mais une nature artistiquement douée, selon ses propres termes, un visuel, un voyant<sup>(17)</sup> ». On assiste au passage du regard de Charcot à l'écoute de Freud. En parlant de Charcot, il défendait les droits du pur travail clinique qui consiste à voir et ordonner. N'est-ce pas l'approche théorique du DSM IV : voir et ordonner ?

De son voyage à Paris, Freud découvre l'hystérie et l'hypnose : « J'ai réservé aux observations relatives à l'hystérie ainsi qu'à l'hypnotisme une place aussi considérable, c'est parce que j'avais affaire à des questions entièrement nouvelles...<sup>(25)</sup> » Il rencontre Charcot à la Salpêtrière. Il rencontre l'homme mais aussi l'hypnose, et l'hystérie traumatique. Freud retient aussi de ce séjour parisien la méthode de Charcot, celle qui consiste à choisir comme point de départ de la recherche clinique le cas le plus complet, considéré comme type parfait de la maladie, et à partir duquel tous les autres cas peuvent se déduire par transition.

Freud quitte Paris le 28 février 1886<sup>(28)</sup>. Deux mois plus tard, il ouvre son cabinet privé à Vienne. Il continuera dans les années qui suivent à commenter, interpréter et enrichir les leçons de Charcot sur l'hystérie. En 1888, il reprend très fidèlement les descriptions cliniques de Charcot. A la fin de l'article, Hystéria<sup>(38)</sup>, il apporte une contribution plus originale, qui sera reprise par la suite. Les « signes physiques » dans l'hystérie diffèrent des anesthésies ou paralysies observées dans les troubles organiques. Et là, Freud annonce l'article qui ne paraîtra qu'en 1893, mais dont l'idée avait germé à la Salpêtrière dès 1886. Ce qui est frappant dans l'hystérie, c'est le découpage extrêmement précis des troubles<sup>(18)</sup>, leurs localisations parfaitement limitées<sup>(18)</sup>; surtout leur distribution qui n'obéit pas à la distribution anatomique<sup>(18)</sup>. « On peut dire que l'hystérie ignore autant la structure du système nerveux que celui qui ne l'a pas apprise<sup>(18)</sup> ». En 1893, dans le prolongement de son séjour parisien, Freud publie en français et dans une revue française un article inspiré par Charcot. « J'affirme que les lésions des paralysies hystériques doivent être tout à fait indépendante de l'anatomie du système nerveux, puisque l'hystérie se comporte dans ses paralysies et autres manifestations comme si l'anatomie n'existait pas, ou comme si elle n'en avait nulle connaissance.<sup>(18)</sup> »

Autre enseignement de la Salpêtrière : la mobilité du symptôme qui passe sous des influences diverses (excitation électrique, aimants, applications métalliques) d'un côté de

l'autre du corps. Tout ceci élimine l'hypothèse d'un trouble organique, d'autant plus que la suggestion peut faire disparaître le trouble. Que dire du versant psychologique de l'hystérique ? Le cours de la pensée est modifié ; les associations d'idées sont perturbées ; la volonté, les sentiments peuvent tour à tour être inhibés ou exaltés. Tous ces changements, ces oscillations, ces mouvements de l'activité psychique seraient pour Freud la traduction, en termes psychologiques, « des modifications de la distribution dans le système nerveux d'une quantité constante d'excitation ». Cette formulation reprend celle de Fechner avec son « principe de stabilité<sup>(38)</sup> », et préfigure celle du « Principe de constance<sup>(21)</sup> » donnée par Freud, en 1920, dans Au delà du principe de plaisir.

Remarquons en passant que l'hypothèse de Freud n'est pas très éloignée de celle de Liébault, lequel faisait de « l'attention<sup>(38)</sup> » un principe susceptible de se distribuer dans l'organisme et de se concentrer sur tel ou tel organe. C'est toujours l'hypothèse fluidique qu'on retrouve sous des formulations variées dans l'histoire de l'hystérie. Entre le fluidisme et l'animisme<sup>(38)</sup>, il y a d'ailleurs peu de différence. Les deux doctrines disent à peu près la même chose, mais l'une (l'animisme) la formule en termes spiritualistes ou psychologiques, l'autre (le fluidisme) en termes de processus physique ; ceci permettra à Freud de parler indifféremment de « quantum d'affect<sup>(21)</sup> » ou de « quantité d'excitation<sup>(21)</sup> ». Dans le tréfonds des mystères de la nature, il se passe quelque chose auquel on ne peut pas avoir d'accès direct. La « réalité<sup>(15)</sup> » du phénomène passe par une métaphore, soit physique, soit psychologique, métaphore qui traduit la réalité et permet de la formuler. Pour l'hystérie, deux cas se présentent : ou bien le surplus d'excitation reste libre et il va provoquer des manifestations à symptomatologie psychique (inhibition ou exaltation) ; ou bien il se fixe sur un organe et il produira des manifestations somatiques stables (anesthésie, paralysie, contractures). Ce sera l'hystérie de conversion.

## 2.2 La rencontre avec Breuer :

La rencontre historique de Breuer avec « Anna O. » date de 1880<sup>(28)</sup>. On peut y voir le cas fondateur de la psychanalyse. Anna O. consulte Breuer suite à la maladie de son père : elle souffre d'une paralysie des membres, des troubles de la vue et du langage, de la toux et d'anorexie<sup>(8)</sup>. Elle s'exprime parfois en anglais.

Freud fit la connaissance de cette malade, pseudonyme de Bertha Pappenheim<sup>(28)</sup>, amie de Bertha Bernays, la femme de Freud. Anna O., patiente paradigmatique, joue un rôle épistémologique tout à fait capital. Ainsi débuta la collaboration entre une malade douée et son médecin attentif, une procédure qui devait faire époque, et qu'Anna O. nomma judicieusement : « cure par la parole<sup>(8)</sup> » et, « ramonage de cheminée<sup>(8)</sup> ». Les symptômes d'Anna O. disparaissent sous hypnose. Dès lors Breuer construit une méthode thérapeutique, le catharsis : hypnotiser pour révéler les liens intrapsychiques oubliés. Breuer parlait de « narration dépuratoire<sup>(8)</sup> » et ajoutait que « grâce au récit l'incident perdit totalement sa nocivité <sup>(8)</sup> ».

Anna O., patiente de Breuer, initie Freud à la méthode psychologique. Freud s'associe à la découverte de Breuer, et la collaboration est inaugurée avec un court article publié en 1892 et signé conjointement. Freud fait référence à la description de la « grande attaque<sup>(16)</sup> » de Charcot. Il introduit des considérations théoriques qui seront reprises plus tard. Jonction avec Breuer, mais il s'agit aussi d'un rappel des sources provenant de la Salpêtrière. Freud, dans l'article Pour une théorie de l'attaque d'hystérique<sup>(16)</sup>, avance cinq propositions :

- 1) *Le contenu constant de l'attaque hystérique est le retour d'un état psychique que le malade a vécu antérieurement ; c'est donc le retour à un souvenir.*

- 2) *Le souvenir qui provoque l'attaque est le retour de l'expérience même qui a causé l'explosion hystérique, à savoir le trauma psychique. Le trauma devient le facteur déterminant dont le modèle a été fourni par Charcot dans l'hystérie traumatique.*
- 3) *Le souvenir est un souvenir inconscient, ou plutôt, il appartient à un état de conscience seconde. Si l'on parvient à faire revenir ce souvenir dans la conscience, sa capacité d'engendrer des attaques disparaît.*
- 4) *Si l'hystérique veut oublier intentionnellement une expérience vécue, une représentation gênante, ces actes psychiques accèdent à l'état de conscience second et produisent alors leurs effets permanents.*
- 5) *S'il est vrai que le système nerveux s'efforce de maintenir constante une somme d'excitations et liquide par association ou par réaction motrices l'excédent d'excitation, ce sont les impressions auxquelles est refusée la décharge qui deviennent traumatiques.*

On reconnaîtra de cet article lapidaire les trois axes de développement que va suivre la théorie freudienne :

1) Les symptômes hystériques sont attribués à l'impossibilité d'évacuer par les voies normales un trop-plein d'excitation. Ils permettent de rétablir un équilibre menacé et d'amener la « somme d'excitation » à un niveau constant. C'est la fonction économique du symptôme grâce auquel l'équilibre économique se rétablit.

2) Toutes les opérations de décharges anormales se font en dehors de la conscience claire du sujet, dans un état second de la conscience.

3) l'impossibilité de décharge normale ou le « blocage de l'affection » est attribuée soit à un état particulier de la conscience au moment où s'est produit le surplus d'excitation, soit parce que l'hystérique veut écarter, faire disparaître intentionnellement quelque chose qui n'est pas acceptable pour la conscience.

Ces trois axes seront identifiés plus tard dans la théorie freudienne comme étant respectivement le point de vue économique, topique et dynamique.

### 2.3 Freud et ses patientes :

La rencontre de Freud avec ses patientes est capitale, et débouchera sur sa théorie analytique. Frau Cäcilie <sup>(8)</sup>M. lui enseigne la signification du symptôme et les techniques thérapeutiques. En 1889, il l'avait emmenée lors de son voyage d'études à Nancy voir l'hypnotiseur Bernheim. Elle lui fit renoncer à la méthode hypnotique<sup>(28)</sup>.

Ecouter devint pour Freud plus qu'un art, une méthode, la voie privilégiée à un savoir que ses malades lui permettait d'explorer. L'un des guides à qui Freud devait demeurer reconnaissant fut Emmy von N. <sup>(8)</sup>, en réalité Fanny Moser<sup>(28)</sup>, une riche veuve d'un certain âge. Mieux, en matière d'écoute, elle offrit à son médecin une leçon de choses : Freud la questionnant avec insistance, elle se rebiffa avec aigreur et exigea qu'il cesse « de toujours lui demander d'où provient ceci ou cela mais de laisser raconter ce qu'elle a à dire<sup>(8)</sup> ».

De Miss Lucy R., souffrant de sensations olfactives d'ordre subjectif<sup>(8)</sup>, il s'attardera à l'attitude de passivité en éveil, ce qu'il allait définir plus tard comme une « attention flottante<sup>(28)</sup> ». Le cas Katharina<sup>(8)</sup> illustre parfaitement les effets pathogènes de souvenir d'un traumatisme sexuel.

Elisabeth von R.<sup>(8)</sup>, manifestant de l'astésie abasie, constitue la première analyse d'un cas hystérique qu'il mena à terme<sup>(8)</sup>. Freud et Elisabeth von R. procédèrent « à l'élimination par couches, des matériaux psychiques, ce que nous aimions à comparer à la technique de

défouissement d'une ville ensevelie<sup>(8)</sup>». Selon certains auteurs, le refus d'hypnose d'Elisabeth von R. aurait conduit Freud à proposer l'association libre.

Dés 1892, Freud avait donc rassemblé les éléments constitutifs de sa technique analytique : une observation attentive, une interprétation intuitive, le travail d'associations affranchi de tout recours à l'hypnose, enfin la « perlaboration<sup>(36)</sup> ».

Le cas Dora<sup>(19)</sup>, publié en 1905, offre une illustration frappante d'un complexe d'œdipe non résolu, à l'œuvre dans la formation du caractère et des symptômes hystériques. Ce cas permet aussi de déceler dans la relation médecin malade le transfert et le contre-transfert. « Je ne réussis pas à me rendre à temps maître du transfert<sup>(28)</sup> ». Lien émotionnel créé entre l'analysant et l'analyste Le transfert est cette tendance, parfois fort insaisissable et souvent flagrante, du malade à doter l'analyste de qualités qui sont celles de personnes aimées (ou haïes) par lui dans le monde « véritable », passé ou présent. Le contre-transfert est un affect qui survient chez l'analyste « de par influence qu'exerce le malade sur les sentiments inconscients de son analyste<sup>(28)</sup> ».

## 2.4 Originalité de la théorie :

Le pivot de la nosographie freudienne est ce phénomène tout à fait original découvert grâce à la méthode des associations libres : la défense. Freud ne part plus comme tous les cliniciens de l'hystérie, de la description des symptômes et de leur regroupement au sein d'une même entité : il part de ce qu'il a trouvé, la défense, pour remonter ensuite à la superficie, aux symptômes. Les symptômes hystériques sont pour Freud des résidus, des symboles de certains événements, symboles commémoratifs. La crise est une transposition sur une autre scène et dans un autre langage du trauma initial. Il ne s'agit plus du tout de reproduction, elle devient une mise en scène analogue au rêve, avec ces mécanismes de condensation, déplacement ...

Il attribuera au début de son œuvre, un rôle prépondérant à la sexualité. En 1895, Freud et Breuer signent conjointement la déclaration suivante : « C'est dans la sexualité, source de traumatismes psychiques et facteur motivant du rejet et du refoulement de certaines représentations hors du conscient, qu'incombe dans la pathologie de l'hystérie, un rôle prédominant<sup>(8)</sup> ».

Freud élabore en une dizaine d'années sa théorie sur l'hystérie. En 1893, dans la communication préliminaire<sup>(8)</sup> co-signée avec Breuer, il dégagera le rôle de l'hypnose pour permettre la reviviscence des émotions et du traumatisme originaire, et ainsi la disparition du symptôme. En 1893, il introduit dans Pour une théorie de l'attaque d'hystérie<sup>(16)</sup> des notions nouvelles, telles que le « clivage de la conscience » et le « retour au souvenir », préfigurant l'inconscient freudien et le refoulement. Dans les psychonévroses de défense<sup>(9)</sup> en 1894, l'hystérie de conversion résulte d'une « conversion » de l'affect. En 1895, dans les études sur l'hystérie<sup>(10)</sup>, le trouble névrotique naît de l'impossibilité d'abrégier les effets du traumatisme, l'hypnose permettant de remonter au traumatisme et d'en abrégier les effets. Il confirme le rôle du refoulement et énonce « les hystériques souffrent de réminiscences ». Dés 1895, le symptôme est la traduction d'un conflit psychique sous l'effet de forces psychiques qu'il appelle libido. Il ajoutera le « retour du refoulé » dans les nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense<sup>(10)</sup> en 1896.

L'hystérie freudienne ne s'est guère enrichie dans les développements ultérieurs après 1905. Toutefois, en 1905, dans les trois essais sur la théorie de la sexualité<sup>(24)</sup>, il confirme la bisexualité du symptôme hystérique. En 1926, le Moi devient le lieu de l'angoisse, et celle-ci engendre le refoulement. Il dégagera sa théorie sur la sexualité, signifiant que le refoulement agissait contre les exigences des désirs infantiles.

L'importance du trauma sexuel passera du réel au fantasme dans l'esprit de Freud, ce qui compte ce n'est pas le traumatisme en soi, c'est le traumatisme pour soi, c'est la façon dont il a été vécu. Le fait que le fantasme auquel le sujet donne l'épaisseur de la réalité ait provoqué le symptôme prouve bien la force, le poids, le pouvoir de la « réalité psychique ». La réalité psychique est en quelque sorte plus réelle que la réalité factuelle, du moins pour l'hystérique. La problématique bascule alors du côté du sujet. « La conversion vient travestir la sexualité en symptôme plus acceptables<sup>(38)</sup> », écrit Trillat.

## 2.5 La conversion :

Le choix du mot est attribué par Breuer à Freud. A quoi Freud répondra en 1914 : « Toutes les fois que Breuer, dans sa contribution théorique aux Etudes sur l'hystérie, à l'occasion de parler de conversion, il ne manque pas de citer mon nom entre parenthèses, comme si ce premier essai de justification théorique était ma propriété spirituelle. Je crois que cette propriété s'arrête au mot, tandis que la conception elle-même nous est venue à l'esprit simultanément et constitue notre propriété commune<sup>(28)</sup> ».

On comprend bien pourquoi Breuer se refuse à assumer la paternité du mot et de la chose : Breuer est un physiologiste dont la grille d'interprétation des phénomènes psychiques repose sur la théorie psychophysiologique<sup>(38)</sup>. Une émotion en tant qu'événement vécu, en tant qu'affect, a un substratum neurophysiologique. Affect et substratum, ces deux plans ne se rejoignent pas ; par conséquent, il est absurde de se poser la question de la conversion d'un phénomène psychique en un phénomène somatique, puisque les deux séries sont parallèles. Et Breuer, physiologiste, a plutôt tendance à s'intéresser à ce qui se passe sur le plan neurologique. Il vaudrait mieux viser non plus le contenu psychologique, mais le processus physique sous-jacent à la représentation, parler en somme de « substratum de représentation<sup>(8)</sup> ».

Cependant, la paternité du terme reviendrait à Ferriar en 1795, créant le terme de « conversion hystérique <sup>(37)</sup> », sans lui conférer une dimension psychologique : il parle de contrefaçon des maladies du corps exempte d'altération matérielle.

Dans un article publié en janvier 1894, se situant donc entre la Communication préliminaire<sup>(8)</sup> cosignée avec Breuer (1893) et les Etudes sur l'hystérie<sup>(8)</sup> (1895), Freud tente de résoudre l'énigme du saut du psychique dans le somatique. La question de la conversion ne se pose que dans le cas où le clivage du contenu de conscience est la conséquence qu'un acte de volonté du malade. C'est la « défense<sup>(9)</sup> » qui provoque l'exclusion du conscient de la représentation inacceptable, le plus souvent de nature sexuelle d'ailleurs. Autrement dit, le refoulement est à l'œuvre dans l'hystérie. Ces cas répondent à ce que Freud appelle « l'hystérie de défense<sup>(9)</sup> ».

Quel est donc, dans le cas de « l'hystérie de défense<sup>(9)</sup> », le processus qui conduit de l'effort de volonté du sujet qui se défend, à la production du symptôme somatique ? Le procédé utilisé par le Moi consiste à séparer l'affect (équivalent, d'une somme d'excitation) de la représentation ; il consiste à neutraliser la représentation en lui retranchant son énergie, c'est à dire l'affect. La représentation inacceptable est rendue inoffensive, et la « somme d'excitation [détachée de la représentation] est reporté dans le corporel, processus pour lequel je propose le nom de conversion. En d'autres termes, la conversion est précédée d'un clivage entre ce qui est physique (l'affect, somme d'excitation) et ce qui est psychique (la représentation). Il n'y a pas de « saut » du psychique dans le somatique ; il y a une représentation dévitalisée qui passe dans l'inconscient et une excitation libérée qui passe dans les nerfs. Ce report de l'excitation dans l'innervation corporelle provoque chez

l'hystérique les symptômes durables, tels que les paralysies ou les anesthésies. Mais rien n'est joué définitivement, tout reste labile. L'excitation convertie en symptôme peut retourner à la représentation dont elle a été détachée. Dans ce cas, le sujet doit élaborer de nouveau d'autres symptômes de défense ; l'un deux c'est l'attaque hystérique qui liquide les tensions. Ainsi s'explique l'alternance entre les symptômes de conversion (stigmates durables) et les crises<sup>(9)</sup> ».

Bergeret<sup>(1)</sup> nuance l'opposition, souvent entendu, à la conversion somatique les symptômes psychiques de l'hystérie. Il n'existe en réalité pas de solution de continuité car ces symptômes psychiques restent essentiellement des mouvements du corps qui échappent à leurs auteurs et doivent eux aussi être considérés comme de véritables conversions somatiques. Pourquoi vouloir convertir ? Que nous cache l'hystérique ? Dans la nécrologie qu'il consacre à Charcot<sup>(17)</sup>, Freud précise : « L'homme sain serait alors capable de faire savoir quelle impression le tourmente, l'hystérique, lui, répondrait qu'il ne sait pas , et ce problème serait aussitôt posé : d'où vient-il que l'hystérique est soumis à un affect dont il affirme ne rien savoir du motif <sup>(17)</sup> ». Elle ne sait rien, peut-être, du motif de cet affect qu'elle convertie, mais il révèle le motif sexuel.

Quel est ce paradoxe de l'hystérie ? Si l'hystérique oublie tout le temps, c'est pour se défendre d'une remémoration constante contre laquelle il lutte en relation avec les fantasmes touchants les objets sexuels incestueux. Cela dit, nous précise Bergeret<sup>(1)</sup>, affects et représentations n'ont pas des destins aussi différenciés qu'on pourrait le croire. D'une part, les représentations subissent l'effet du refoulement, un refoulement réussi car l'amnésie est totale, c'est la « belle indifférence » de l'hystérique du moins dans les accès exhibés ou non de la conversion. D'autre part, les affects sont détachés de la représentation psychique gênante pour se convertir dans le domaine corporel du symptôme somatique ou dans leurs équivalents psychiques. Malgré le refoulement des représentations, ces décharges d'affects conservent une sorte de relent de leurs origines, d'où le caractère symbolique des conversions somatiques, le caractère érotisé des conduites psychiques. Tout se passe comme si les représentations sexuelles du système conscient trouvaient des affects et continueraient de parler au niveau des symptômes<sup>(1)</sup>.

## 2.6 Théorie de la fixation :

La théorie analytique fait référence à une fixation à un stade de développement affectif. La libido passe successivement par le stade oral, sadique anal et génital<sup>(3)</sup>. Un traumatisme affectif peut amener un arrêt ce développement, appelé fixation. La fixation est majeure, l'affectivité restera régie par les modes de fonctionnement de ce stade. Au contraire, la fixation est mineure, une certaine progression est possible, mais dès que des frustrations entraîneront une régression, c'est le retour à ce stade qui se produira. De cette fixation, aboutira soit la névrose, soit la perversion<sup>(19)</sup>: La perversion : si ce mode de fonctionnement archaïque persiste, sans changement. La névrose : si le surmoi s'oppose à cette persistance et tente de l'interdire. Il y a alors un conflit intrapsychique entre les instances de la personnalité : ça, Moi et Surmoi, conflit source d'angoisse<sup>(3)</sup>. Et le moi utilise alors des mécanismes de défense contre cette angoisse. « Les névroses sont le négatif des perversions<sup>(19)</sup> ». Dans l'hystérie, la séduction suivie de fuite, fuite déclenchée par l'angoisse générée par le risque sexuel. Dans la perversion : séduction puis fuite, la fuite a pour but de faire souffrir le partenaire. L'affect en jeu n'est pas l'angoisse mais le plaisir sadique<sup>(3)</sup>.

Qu'en est-il dans le cas particulier de l'hystérie ? La fixation se fait au début du stade génital, au premier temps du conflit œdipien. L'enfant a vécu jusque là une relation duelle avec sa mère et aussi toute autre personne ; à ce stade, il découvre qu'il n'est pas le seul objet d'amour de ses parents, et qu'ils sont aussi l'un pour l'autre des objets d'amour. Il se trouve

donc dans une situation de rivalité. C'est le stade œdipien. La résolution de ce complexe d'œdipe, se fait par le dépassement de l'angoisse de castration et l'acceptation d'une situation triangulaire où l'enfant a perdu l'illusion d'être le centre du monde et gagné l'assurance d'être capable d'égaliser ses parents. Mais cette résolution heureuse du complexe est précédée d'une crise dominée par l'angoisse de castration qui peut prendre deux aspects (parfois successivement) : soit la tentation de tuer le rival pour, à la fois, se protéger de la castration et rester l'unique objet d'amour ; soit la tentation de séduire pour le détourner de sa rivale.

Cette fixation œdipienne explique le besoin d'affection, le besoin de séduire et l'érotisation des attitudes, mais ce n'est là qu'un des aspects de la personnalité hystérique. Un autre aspect est dû au jeu du Surmoi qui culpabilise cette tentative de l'affection (culpabilisation qui explique la fuite quand la séduction réussit), à l'angoisse, et à l'importance de l'activité fantasmatique<sup>(3)</sup>. Et pour lutter contre cette angoisse, le Moi utilise comme mécanisme de défense le refoulement, qui repousse dans l'inconscient les représentations sources de tension.

La théorie de la fixation émergera de ces rencontres, et Freud dégagera pour la technique analytique le transfert et le contre transfert et dans cet espace de relation, se révéleront les objets interdits, ceux du désir convoité. Ainsi, nous développerons maintenant l'objet, la relation d'objet et l'étayage objectal. Nous effectuerons un long détour, quasi historique, par la naissance de l'objet, et sa relation. Nous emprunterons ce cheminement pour aboutir à la constitution du psychisme de l'individu et pour spécifier son mode relationnel. Pourquoi développons-nous un tel chapitre ? Premièrement, le clinicien, de formation analytique, effectuera la lecture de l'hystérie sur le type de relation d'objet en jeu entre le clinicien et le sujet, c'est à dire l'enjeu des désirs. Deuxièmement, la lecture contemporaine amène la question d'un changement d'étayage objectal au cours du XX ème siècle. Serions-nous passés d'un étayage objectal « paternaliste », nécessitant l'introduction de l'œdipe à un étayage « pré-génital » de type oral ?

### 3. Objet, Relation d'objet, Etayage objectal :

Nous entreprendrons dans ce chapitre à définir la conception freudienne de l'objet et la relation d'objet, tout en la comparant à celles d'autres cliniciens dont les vues divergent. Rappelons que l'objet, pour la psychanalyse, est la personne réelle ou fantasmatique sur laquelle se dirigent les désirs du sujet. L'objet interne, externe, intermédiaire, sa relation, sa construction contribuent à la constitution du psychisme et à l'établissement des relations humaines. De cette élaboration, découlera un type de relation d'objet, que certains nomment «étayage objectal<sup>(31)</sup>», ces deux notions n'étant pas assimilables. Nous souhaitons aborder cette question de l'objet, puisqu'elle définira la relation thérapeutique et notamment déterminera ce que l'on nomme transfert et contre-transfert en psychanalyse. Elle permettra aussi la lecture analytique ou non de la compréhension psychopathologique du sujet. Enfin, comprendre la construction de cet étayage objectal, c'est assimiler que le sujet ne se construit pas seulement avec le biologique, mais aussi dans la rencontre avec l'environnement, reflet d'un groupe social, voire d'une ethnie. Cette construction de soi à travers la relation à l'autre débouchera sur la lecture que nous pourrions faire d'un phénomène, en l'occurrence l'hystérie, lecture qui sera toujours la rencontre de deux sujets à un moment donné dans une relation singulière et unique.

À la naissance, l'homme dépend totalement de l'apport biologique de l'entourage. Par la suite, plus il se développe, moins il a besoin de cet appui. En effet, l'importance du milieu pour le maintien de l'équilibre du sujet varie selon son degré de maturité, et selon sa psychopathologie. Progressivement cet étayage objectal amène le sujet à un certain degré d'autonomie. Mais être autonome implique autant la possibilité d'assumer une certaine solitude que de pouvoir vivre en compagnie. L'important est d'assumer ces deux besoins : la dépendance et l'autonomie. Un bon développement intellectuel et affectif aide le sujet à se passer de l'aide de son entourage. Ainsi, le psychisme est une formation intermédiaire, un facteur d'équilibre entre l'être biologique et l'environnement. Il se développe dans un rapport dynamique avec ces deux dernières composantes<sup>(31)</sup>.

L'enfance est pour Freud la période de la découverte de l'objet, et surtout de l'ajustement à sa relation : ainsi, ce que l'on nomme habituellement le «complexe d'Oedipe» est le prototype même de l'ajustement à la relation d'objet. Ce qui est concerné par la psychanalyse c'est la jouissance de l'objet et la façon dont est différée sa possession, et donc sa consommation, nous rappelle Thierry Vincent<sup>(39)</sup>.

Tout le livre de Freud, Trois essais sur la théorie de la sexualité<sup>(24)</sup>, tourne autour de la valeur de l'objet, de sa construction et du travail psychique exigé par lui. Il y a là une théorisation de l'approche de l'objet, des lois de distribution entre les objets, de ce qui va régler les écarts entre eux.

Après la naissance, et les interactions materno-fœtales précoces, non reconnues par Freud, dont on décèle actuellement l'importance, apparaissent les stades prégénitaux.

#### 3.1 Les stades prégénitaux de la théorie freudienne :

Nous ne décrivons pas dans le détail les trois stades oral, anal et phallique, mais spécifierons leurs particularités et leur intérêt pour la compréhension psychopathologique ultérieure d'un individu.

#### a) Le stade oral<sup>(29)</sup>

A ce stade, il s'agit de faire passer à l'intérieur de soi des éléments de l'environnement extérieurs : on mange, on dévore des yeux, on boit des paroles. En avalant l'objet, l'enfant se sent uni à lui, ce sont des incorporations primaires, prototypes des identifications et introjections ultérieures<sup>(29)</sup>.

La première relation d'objet est la relation maternelle, plus exactement celle qui s'installe entre la bouche du nourrisson et le sein de la mère. Cette première relation relève d'une nécessité physiologique, mais le nourrissage de l'enfant excède rapidement la simple alimentation : d'abord parce que la bouche va s'offrir tous les objets qui se présentent à proximité, ensuite parce que la bouche, source de plaisir, s'appelle elle-même un objet : « le suçotement qui existe déjà chez le nourrisson, et qui peut subsister jusqu'à l'âge adulte et même parfois toute la vie, est constitué par un mouvement rythmique et répétée des lèvres <sup>(24)</sup> ». Une plus-value prise sur la nécessité alimentaire s'impose donc dès la première relation objectale. La jouissance d'un objet implique à la fois sa capture, sa possession, mais aussi le surcroît de plaisir lié à celui-ci<sup>(39)</sup>. S'édifiera alors tout un jeu autour de l'objet et de sa privation : ainsi le sevrage se conçoit comme une privation nécessaire à de nouvelles possessions.

Ce stade marqué par le sevrage, crise liée à l'ablactation<sup>(29)</sup>, ébauche le premier conflit relationnel spécifique. La genèse de la relation objectale débute à ce stade. Le nourrisson n'a pas encore la conscience claire du dedans et du dehors, du soi et du non soi, il vit dans une autarcie mégalomane<sup>(29)</sup>. Peu à peu, l'enfant prend conscience des objets extérieurs, différencie les objets familiers (aimés) des objets insolites, menaçants. A l'occasion des expériences de manque, l'enfant perçoit que la tension naît en lui-même alors que la satisfaction lui arrive du dehors. La distinction entre le dehors et le dedans s'estompe lorsque la tension s'apaise. « L'objet naît dans la haine » postule Freud.

#### b) Le stade anal<sup>(24)</sup>

La seconde année de la vie est sous le sceau de la maîtrise ou de l'emprise. Freud précisera, à ce stade, l'alternance de la présence et de l'absence, prélude indispensable à l'édification d'un espace psychique garant d'une autonomie. Dans le jeu de la bobine, le Fort-Da<sup>(21)</sup>, il décrit ce phénomène chez son petit fils, âgé de 18 mois. La relation d'objet de type anal marque le conflit ambivalentiel primaire amour et haine, l'axe sado-masochisme et l'enracinement de la bisexualité psychique fondamentale.

#### c) Stade urétral ou phallique<sup>(24)</sup>

Il apparaît à la troisième année de vie, période d'affirmation de soi. Il est marqué du sceau de la curiosité infantile : prise de conscience de la différence entre les deux sexes, c'est à dire la présence ou l'absence de pénis. A cette période s'associe des fantasmes liés à la scène primitive<sup>(29)</sup>, à savoir exhibitionnisme, voyeurisme, scotophilie.

#### d) Conclusion

Dans l'optique freudienne, le développement psychique se fonde sur la variabilité de l'objet : le sujet doit intégrer progressivement les « objets partiels » (objet « oral », « anal »), pour se construire en objet total (« génital »).

Il existe un deuxième aspect de la variabilité de l'objet : il peut être réel (l'entourage), ou fantasmatique (objet interne ou psychique ou très schématiquement imaginaire). La pulsion se situe dans cet espace intermédiaire, entre le corps et l'objet fantasmatique ou entre le corps et l'objet réel. Dans la perspective freudienne, il ne s'agit pas d'un simple rapport de cause à effet, mais d'un rapport de sublimation : un mode de satisfaction peut se substituer à l'autre. L'absence de l'objet ne provoque pas l'hallucination, mais facilite l'émergence d'une potentialité humaine : la capacité d'expérimenter le plaisir sur la base d'un souvenir et non pas seulement avec un objet réel. L'objet intrapsychique résulte de la double influence du sujet et de l'objet. Il est le produit de la rencontre du sujet avec l'objet externe. Ce qui est intériorisé, c'est la relation, c'est le « sujet en relation avec l'objet<sup>(31)</sup> », car l'objet du psychanalyste n'est pas seulement le reflet des désirs du sujet, il est aussi celui qui permet de conforter l'image qu'il a de lui-même.

### 3.2 Stades génitaux

#### a) Le complexe d'œdipe<sup>(24)</sup>

Par son rôle fondamental d'organisateur central dans la structuration de la personnalité<sup>(1)</sup>, le complexe d'œdipe, auquel Freud a donné son nom par analogie avec le mythe antique, représente l'axe de référence majeur de la psychogénétique humaine. Le conflit en cause, qui apparaîtrait entre 3 et 5 ans<sup>(23)</sup>, est un conflit désormais sexuellement spécifié, inscrit dans une problématique à trois, triangulaire, entre les trois personnages familiaux que sont l'enfant, son père et sa mère.

L'examen final au lycée de Freud fut de traduire trente-trois vers de l'œdipe roi<sup>(28)</sup>, de Sophocle, prémisses de ce qu'il nommera « complexe d'œdipe » en 1910. Il consiste en ceci : « Il s'agit de l'ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard des parents. Sous sa forme positive, le complexe se présente comme dans l'histoire de l'œdipe roi : désirs de mort de ce rival qui est le personnage du sexe opposé. Sous sa forme négative, il se présente à l'inverse : amour pour le parent du même sexe et haine jalouse du parent du sexe opposé. En fait, ces deux formes se retrouvent dans la forme dite complète du complexe d'œdipe<sup>(24)</sup> ». Le « complexe d'œdipe » définit l'ensemble organisé des désirs sexuels (pulsions) de l'enfant pour ses parents. Il est question de la subjectivité de l'individu et non celle des comportements respectifs des membres de la famille.

L'envie de la fille est d'être l'objet sexuel du père, d'en recevoir un enfant et de supplanter la mère au prix de sa disgrâce ou de son meurtre projeté. Ainsi, est la situation œdipienne décrite par Dolto dans La sexualité féminine<sup>(5)</sup>. L'angoisse de viol par le père, à l'âge des fantasmes œdipiens, ajoute Dolto, est au développement de la fille ce qu'est l'angoisse de castration au développement du garçon.

Freud décrira le mouvement œdipien de la fille envers son père dans le texte Un enfant battu<sup>(27)</sup> avec le fantasme de fustigation, l'expression directe de la conscience de culpabilité du fantasme, être soi-même battue (violée) par le père, et qui a comme base l'amour pour le père.

## b) Angoisse de castration

La castration œdipienne diffère de la castration phallique, moins narcissique et plus objectocentée. La perte n'est plus seulement une amputation de soi et de son pouvoir, mais une limitation de sa relation à l'autre. L'angoisse de castration s'origine dans la constatation de la différence des sexes.

Face à cette angoisse, le garçon se défend par un surinvestissement du pénis, la négation de la réalité du sexe féminin, soit par des souhaits de réparation magique, soit croyance en une mère pénienne idéalisée ; la fille a une envie de pénis, c'est à dire un enfant du père, enfant à signification phallique<sup>(29)</sup>.

## c) Questions émanant de l'œdipe

Le complexe d'œdipe amène plusieurs questions. Tout d'abord, la différence des sexe féminin, masculin. Pour le garçon, le complexe d'œdipe ne suppose pas un changement d'objet d'amour, l'objet d'amour initial étant déjà la mère, mais un changement identificatoire<sup>(29)</sup>. Pour la fille, le changement d'objet d'amour doit s'opérer, avec pour nouvel objet d'amour, le père<sup>(29)</sup>. Mais, il n'y a pas de modification dans l'identification d'où des identifications féminines de la fille souvent bien ancrés.

Pour le garçon, l'angoisse de castration met un terme assez brutal à la problématique œdipienne, l'enfant doit renoncer à sa mère sous l'effet de la menace castratrice. Pour la fille, l'angoisse de castration initie la problématique œdipienne dont la liquidation est plus longue. L'amour œdipien est doublement entravé<sup>(29)</sup> : entravé de l'intérieur, car l'attrance d'un parent implique le renoncement de l'autre (tiers regretté), entravé de l'extérieur, par la menace de castration du tiers redouté.

Sur le plan identificatoire, il instaure l'être sur l'avoir<sup>(29)</sup>. Il ne s'agit plus d'avoir ou non un pénis, mais d'être un homme ou une femme, à l'instar des images parentales avec tout le jeu relationnel que cela implique. Enfin, il permet l'intériorisation des interdits parentaux, la prohibition de l'inceste, dont le surmoi est le vestige.

## 3.3 Nuances et Intérêt du complexe d'œdipe :

Bergeret<sup>(1)</sup> résume et définit l'œdipe comme : « une problématique relationnelle fondamentale de la dimension sociale, conflictuelle et structurante, historique au sens où elle survient à un moment relativement précoce du développement de chaque individu et où elle confère à l'évolution affectivo-sexuelle de ce dernier et à son pronostic un caractère quasi de conclusion. Il est universel, spécifié par une structure triangulaire entre enfant, son objet naturel et le porteur de la loi. Il représente le nœud originel de toute relation humaine et sur le rôle fondamental dans la structuration de la personnalité, et dans l'orientation que devrait avoir le désir d'un adulte ».

L'œdipe est l'étape préalable et indispensable pour construire la relation à l'autre, il doit être dépassé pour garder une distance suffisante, ni trop, ni trop peu entre le sujet et son interlocuteur.

Le mythe, en particulier celui d'œdipe, peut aussi être considéré comme la représentation symbolique d'un ordre relationnel. Un système de représentations collectives conscientes (« mythe d'œdipe <sup>(31)</sup>») est susceptible de traduire un ensemble de comportements sociaux

(tabou de l'inceste, liens de parenté) eux même articulés avec des fantasmes individuels (« complexe d'œdipe »). Le complexe d'œdipe reflète l'organisation des désirs de l'enfant face à l'image qu'il a des parents, cette organisation peut-être influencée par la réaction de ces derniers à l'apparition desdits désirs.

En somme, la problématique œdipienne est de type « transitionnel<sup>(31)</sup>», nous dit Gilliéron, puisqu'elle rencontre les questions posées par les désirs de l'homme, son organisation fantasmatique, la réalité biologique et la réalité familiale, la réalité sociale, la dynamique des relations interpersonnelles et intergénérationnelles.

### 3.4 L'Objet transitionnel de Winnicott :

La perspective de Winnicott est intéressante pour introduire, ici, sur la notion d'objet. D'une part, car elle diffère et complète le point de vue freudien et d'autre part ouvre une perspective d'application thérapeutique à travers l'espace transitionnel, aire où se rencontre le désir du malade et celui du thérapeute. A travers cette aire, cette espace de relation, s'effectuera une lecture des phénomènes rencontrés, à savoir les désirs de l'hystérique.

#### a) L'objet transitionnel <sup>(41)</sup>:

L'« objet transitionnel » est un produit de la créativité de l'enfant qui, en l'absence de la mère, recrée quelque chose qui n'est pas encore la mère reconnue comme telle, mais quelque chose de subjectif qui fait encore partie de l'enfant, tout en se situant déjà à une certaine distance avec lui. La genèse de la construction de l'objet, intermédiaire entre le fantasme et la réalité : naissance d'un désir chez le nourrisson, absence de la mère, mais présence à la disposition de l'enfant d'un objet inanimé quelconque auquel l'enfant donne la vie et fixe son désir. Certains auteurs, dont Winnicott, se distinguent de Freud, en postulant que le monde intrapsychique est d'emblée construit sur un mode triangulaire, il y a l'enfant, l'absent et le remplaçant de l'absent.

Les objets " autres que moi<sup>(41)</sup>" ou objets transitionnels participent au cheminement de l'enfant du subjectif pur à l'objectivité. Les objets transitionnels sont de nature paradoxale<sup>(40)</sup> ; ils ne viennent ni du dedans ni du dehors, mais d'un espace quelque part entre l'enfant et la mère. Le phénomène transitionnel est donc une tentative faite pour unir et communiquer.

#### b) L'espace transitionnel<sup>(41)</sup> :

L'espace transitionnel où se situe l'objet transitionnel est à mi chemin entre le subjectif et l'objectif. Il s'agit d'un espace intermédiaire où le nourrisson garde une vision essentiellement subjective de la réalité externe mais voit déjà s'éloigner de lui cette réalité. Il s'agit d'un espace psychique. Cet espace n'est pas seulement le fruit de l'enfant, il est le produit de la rencontre d'un certain état de désir de l'enfant avec un objet réel autre que sa mère. L'enfant réussit à se rassurer en prenant possession de la réalité externe et en lui insufflant sa propre vie.

Winnicott soutient que si cette double formulation se révèle nécessaire, « il est tout aussi indispensable d'y ajouter un autre élément ; car il existe une partie de la vie d'un être humain que nous ne pouvons négliger, la troisième partie qui constitue une zone intermédiaire où la réalité intérieure et la vie extérieure contribuent l'une et l'autre au vécu<sup>(41)</sup>».

C'est une zone qui n'est pas disputée, car on n'en exige rien. Il suffit qu'elle existe comme lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine incessante qui consiste à

maintenir la réalité intérieure et la réalité extérieure distinctes, et néanmoins étroitement en relation.

#### c) La fantasmatisation :

La fantasmatisation primaire<sup>(31)</sup> est le moyen dont l'enfant doit inventer pour se passer momentanément de la mère. Ce que l'enfant est capable de reproduire est une relation à un objet autre que la mère, c'est à dire à une perception. La fantasmatisation primaire est au service du narcissisme du sujet. Il se trouve déjà dans une situation triangulaire.

Il s'agira de savoir, dans la relation thérapeutique, comme la mère, s'effacer (tout en restant disponible) pour permettre au patient d'animer les objets de son choix.

La fantasmatisation secondaire<sup>(31)</sup> correspond à la rencontre de l'objet primaire avec l'objet réel, ce qui conduit l'enfant à reconnaître ses origines. C'est elle qui est à l'origine de l'organisation œdipienne. Il permet de distinguer son propre Moi de la personne de l'autre. Elle marque le retour de l'objet réel dans le monde de l'enfant. Il s'agit d'un processus de symbolisation fondé sur un accord mère -enfant ; c'est à dire que lorsque la mère intervient au bon moment pour donner le sein, sa présence vient en quelque sorte compléter le préobjet construit par l'enfant dans l'espace transitionnel qui est la sein. La fantasmatisation secondaire est au service de la relation<sup>(31)</sup>.

#### d) Application du concept de fantasmatisation :

Selon la définition freudienne, on le sait, le fantasme est un moyen psychique par lequel l'homme à la fois exprime et accomplit un désir (le fantasme donne du plaisir) ; le fantasme permet de se passer de l'objet momentanément pour l'obtention d'un certain plaisir. La fantasmatisation est un processus dynamique en constante activité où l'entourage joue un rôle actif. On distingue différents aspects de ce processus : le premier concerne l'activité créatrice du sujet, où l'importance de l'objet réel n'est pas reconnue. Le deuxième concerne la rencontre symbolique du sujet et de l'objet, celle de l'objet se conforme aux désirs du sujet ( la mère devient une sorte d'objet transitionnel, elle est l'objet de l'enfant) le troisième concerne le jeu avec des objets symboliques.

Trois modes de fantasmatisation, trois modes relationnels. Chacune de ses formes de fantasmatisation est constamment présente dans les rapports de l'homme à son environnement. C'est sur la base de la reconnaissance de la nature du processus en action dans la rencontre avec le psychothérapeute que l'on pourra déduire de la problématique inconsciente qu'affronte le patient au moment de la consultation.

A l'âge adulte les relations affectives sont constamment médiatisées par la fantasmatisation. Nous sommes portés à revêtir le monde extérieur de notre imaginaire<sup>(31)</sup>. Notre vision du monde s'appuie sur nos expériences infantiles, qui, elles mêmes, s'inscrivaient dans un contexte historique et culturel.

### 3.5 Relation entre la relation d'objet ou l'étayage objectal et la lecture contemporaine :

Freud a postulé que l'ensemble des relations affectives humaines se fondait sur la sexualité, qui elle-même, s'appuyait sur les besoins physiologiques fondamentaux (oralité, analité, génitalité). Selon cette théorie, le comportement relationnel de l'homme dépend de l'organisation de ses désirs, qui, elle même se fonde sur la maturation biologique. Il manque

à cette théorie le côté de l'entourage. Les études sur les interactions précoces ont montré l'inexactitude de ces idées.

La position psychanalytique, qui consiste à étudier les aléas des désirs du sujet, à savoir pulsions et mécanismes de défense, décrit essentiellement le versant psychique du caractère, mais n'en décrit pas l'aspect « relationnel<sup>(31)</sup> ». La conception « de relation d'objet<sup>(31)</sup> », qui pourrait palier ce manque, concerne en réalité les relations aux objets internes (représentations de objets) et non les objets réels de désirs. Gilliéron critique la position de la psychanalyse qui oublie selon lui de prendre en compte les rapports du sujet aux objets externes.

L'étude des rapports entre milieu socio-affectif et fonctionnement psychique individuel a conduit Gilliéron à développer la notion « d'étaillage objectal<sup>(31)</sup> ». L'étaillage objectal consiste à dire que tout sujet aménage ses relations affectives proches et durables en fonction de son économie personnelle, de son caractère, de la structure de la personnalité ou de sa psychopathologie<sup>(31)</sup>. La notion d'étaillage objectal concerne surtout l'image que le sujet garde de lui même, selon les relations qu'il établit. L'étaillage objectal désigne essentiellement la réaction que cherche à obtenir le sujet en fonction de ses fantasmes inconscients<sup>(31)</sup>. Le désir c'est ce qui attache le sujet à l'objet.

L'étaillage objectal comporte toujours deux aspects : L'un, pulsionnel, qui traduit la manière dont le sujet utilise l'autre pour satisfaire ses pulsions ; l'autre, défensif, qui traduit la manière dont le sujet utilise l'autre pour se défendre contre des pulsions anxiogènes (désirs interdits) ou contre des attaques narcissiques. L'étaillage objectal a donc affaire avec la vie fantasmatique du sujet et de l'objet : il décrit un rapport entre le fantasme et réalité<sup>(31)</sup>.

Nul ne niera que l'on tende à aménager ses relation à autrui en fonction de besoins et de désirs personnels et que l'autre, à son tour, cherche à aménager ses relations en fonction de ses propres besoins et désirs. C'est ce rapport entre désirs et besoins des partenaires et la nature de la relation à laquelle ils aboutissent qui nous intéresse. Quelles sont alors les liens entre le désir, l'étaillage objectal, la crise et la lecture possible pour le thérapeute à partir de ses outils de compréhension.

Une nouvelle manière d'aborder le patient et d'en effectuer une lecture est de se baser sur la notion d'étaillage objectal. S'il on considère qu'un lien dynamique unit le monde intrapsychique au monde relationnel<sup>(31)</sup>, on peut estimer que le caractère est l'un de indicateurs les plus sûrs de l'organisation de la personnalité, dans la mesure où il est le reflet « agi »<sup>(31)</sup>, dans la relation aux autres, de la structure de la personnalité. Une classification des organisations de la personnalité devrait être dynamique : désirer un objet, c'est désirer quelque chose de lui, obtenir qu'il fasse quelque chose.

Le thérapeute et le patient sont de parfait inconnus l'un pour l'autre, au moment de la première rencontre, moment souvent choisi par le patient parce qu'il s'agit d'une crise qui reflète quasiment à chaque fois le point central de l'organisation de la personnalité.

Le premier entretien se caractérise par la confrontation de deux désirs, celui du patient, qui désire se sentir mieux, et celui du thérapeute, qui désire traiter son patient selon le modèle théorico-thérapeutique<sup>(31)</sup> qui est le sien. La reconnaissance de l'autre et le conflit interne correspond à la névrose.

Les névroses sont liées à des avatars de la fantasmatisation secondaire<sup>(31)</sup>, c'est à dire que l'ensemble des fantasmes originaires est intégré, mais le sujet reste fixé sur certaine position. Les fantasmes originaires seraient en quelque sorte à l'aube du fantasme, c'est à dire qu'ils traduiraient le moment où le désir, non satisfait dans la réalité, le serait de manière

hallucinatoire. Les fantasmes originaires sont une sorte de carrefour où se rejoignent le comportement des parents et celui de l'enfant<sup>(31)</sup>.

Dans les deux premières parties, nous avons développé une lecture historique de l'hystérie du point de vue du lecteur, la figure du maître. L'étayage objectal vient articuler la rencontre du maître, du groupe social et du sujet hystérique. Les manifestations symptomatiques émergeant de cette rencontre méritent que l'on s'y attarde, eu égard à la modernisation de notre sémiologie ancienne que cela implique.

## 4. L'hystérie aujourd'hui

Avant même d'aborder la question de l'hystérie contemporaine, autrement dit la question de la lecture actuelle de l'hystérie, le terme même d'hystérie n'est plus usité par les classifications contemporaines. Cela s'explique par les faits suivants. Le diagnostic d'hystérie sert le plus souvent à expliquer de façon expéditive un tableau clinique, un comportement déplaisant et rejeter ainsi un malade importun. La polysémie du terme, son usage large et inconsidéré, dans des contextes différents, lui ont fait perdre toute sa valeur, ce qui a conduit le DSM IV à le démembrer en entités autonomes.

Faut-il laisser le concept d'hystérie aux psychanalystes, dont le champ épistémologique est différent de celui des médecins psychiatres. L'hérédité n'explique pas ces phénomènes hystériques. L'environnement et l'histoire personnelle interviennent. Dans ce paragraphe, nous aborderons la lecture de l'hystérie sous plusieurs angles, lectures variées au gré d'un lecteur dont les conceptions psychopathologiques s'étendent du biologique, le tout objet, à la psychanalyse, le tout sujet. Le psychiatre trouvera sa place dans l'espace transitionnel entre le tout objet et le tout sujet, parcourant l'objet de son étude le sujet.

### 4.1 Lecture sous l'angle du DSM IV, relu lui-même sous l'angle analytique :

L'adoption de la classification dite DSM III par l'Association américaine de psychiatrie devait marquer une grave rupture dans le consensus qui semblait jusqu'alors s'appliquer au concept de névrose. Pour la première fois, et en rupture avec la classification précédente DSM II, le terme de névrose était banni de la nosologie psychiatrique, et les différentes entités cliniques qui s'inscrivaient dans ce cadre disséminées dans différentes catégories diagnostiques.

Cette révision radicale, conduisant à l'abolition du concept de névrose, reposait sur le fait qu'une classification empirique ne pouvait se fonder que sur des données cliniques observables ou sur des données étiologiques et pathogéniques attestées par des procédures de vérification objective. Le DSM III, se prétendant « athéorique », ne pouvait se satisfaire de théories qui n'avaient pas fait la preuve de leur vérité. Avec le DSM IV <sup>(6)</sup> (1994), l'entité hystérique éclate entre, sur l'axe I, d'une part, un syndrome d'expression somatique, les troubles dits somatoformes<sup>(6)</sup>, subdivisés en trouble « somatisation <sup>(6)</sup> », de « conversion<sup>(6)</sup> », et « douloureux<sup>(6)</sup> », et d'autre part, l'ensemble de syndromes dissociatifs<sup>(6)</sup> (amnésie, fugue, trouble de l'identité, transe) et sur l'axe II, la personnalité histrionique<sup>(6)</sup>.

La répartition des troubles en trois grandes rubriques permet de concilier les descriptions traditionnelles et celles du DSM IV. D'ailleurs, les différences entre ces approches sont plus d'ordre évolutif que symptomatique.

Avant de donner le détail de chaque rubrique, le DSM IV donne des prérequis et des précisions pour porter le diagnostic, et certains des items décrits ne sont pas sans nous rappeler des critères développés par Freud. Les critères généraux définissent, quelle que soit l'entité considérée, les caractéristiques suivantes à propos des symptômes<sup>(6)</sup> :

- ils ne sont pas totalement expliqués par une affection médicale reconnaissable, l'effet d'un médicament ou d'un toxique ;
- ils ne sont pas produits par la simulation ;
- ils sont associés à des facteurs psychologiques : leur instauration ou leur exacerbation est précédée de facteurs conflictuels ;

- ils altèrent le fonctionnement social et professionnel ;
- ils sont en excès quand il existe une affection médicale ;
- ils ne sont pas expliqués par d'autres troubles psychiques (thymiques ou anxieux).

Nous ne détaillerons pas les différents items du DSM IV, mais à partir de ceux ci, nous effectuerons une lecture singulière.

### **a) Symptômes somatiques paroxystiques, Les crises :**

Chaque époque décrit des manifestations paroxystiques de l'expression du corps, corps en mouvement, reproduisant symboliquement l'acte sexuel, tant désiré, que l'hystérique fuit à travers le symptôme. Migration de l'utérus, pensait Hippocrate, rétention séminale disait Galien, manifestation du démon s'insurgeaient les ecclésiastiques... Tant de descriptions si peu divergentes mais que chaque époque nommera différemment ; en passant par la grande crise "à la Charcot", pour devenir de nos jours les crises de tétanie ou de spasmophilie. Le DSM-IV les nommera encore une fois autrement : les crises excitomotrices<sup>(6)</sup>, les crises mineures<sup>(6)</sup> et les aspects atypiques pseudoneurologiques<sup>(6)</sup>, à type de hoquet, bâillement, tremblement, catalepsie, mouvement choréiforme ou dyskinétique.

Concernant les crises, il semble bien que plus le médecin cherche de détails et de précisions, plus l'hystérique lui en fournit. Sous couvert de synonymes médicaux, de descriptions plus ou moins détaillées, la pudeur du médecin se refuse d'y voir là la sexualité. Connaît-il aujourd'hui des hystériques à symptômes paroxystiques ? Il est très probable que l'intérêt des médecins pour les crises ayant diminué, les hystériques aient suivi le même chemin. Il ne reste plus guère que "la crise de nerfs<sup>(6)</sup>", état d'agitation ou de colère, parfois accompagné de lipothymie et survenant le plus souvent à la suite de contrariétés, même minimes. Il est rare qu'on ne découvre pas de causes déclenchantes immédiates, la scène de ménage venant de loin en tête de ces causes.

### **b) Les découpes**

Sous ce terme, Lucien Israël<sup>(34)</sup> range les symptômes concernant la vie de relations. On désigne généralement par la vie de relations l'ensemble des conduites, actions et réactions qui insèrent l'homme dans son environnement, c'est-à-dire paroles et actes, mouvements et perceptions<sup>(34)</sup>. Il n'y a aucun de ces domaines qui ne puisse servir de scènes au jeu hystérique, que le terme de jeu n'induisse pas en erreur : l'hystérique ne joue pas consciemment et si jeu il y a, l'enjeu est souvent la vie même du sujet, vie qu'une dernière coupure<sup>(34)</sup>, un dernier soit disant échec de la relation vient interrompre.

Nous pourrions y voir dans ces découpes, les « historiques » conversions. Les symptômes classiques de conversion somatique peuvent être rapprochés des trois catégories des troubles somatoformes<sup>(6)</sup> du DSM IV : " trouble somatisation (F45.0)[300.81] ", " trouble de conversion (F44.x)[300.11] " et " trouble douloureux (F45.4)", ce dernier sera développé dans le paragraphe suivant. Le trouble « somatisation » correspond aux symptômes non-neurologiques, permanents ou paroxystiques, de la conception traditionnelle. Le trouble « conversion » englobe la plupart des symptômes pseudoneurologiques permanents ou paroxystiques (crise pseudoconvulsive) : un ou plusieurs symptômes ou déficits affectent la motricité volontaire ou la fonction sensorielle, le symptôme n'étant pas limité à une douleur. Le trouble conversion étant néanmoins plus spécifiquement lié à l'hystérie que le trouble somatisation.

Une kyrielle de symptômes entre dans ce registre des découpes. D'abord, les paralysies et anesthésies hystériques ont pour points communs : l'absence de « caractère objectif », ce qui suffirait à montrer que ce qui est en question, c'est le sujet, l'absence de systématisation, l'absence de constance. Concernant les paralysies, elles constituent, comme tout symptôme hystérique, une représentation, la représentation d'un corps imaginaire<sup>(34)</sup> auquel manquerait peut-être une fonction par rapport au corps réel, mais on pourrait se demander aussi s'il ne s'agit pas d'un corps débarrassé de certaines fonctions ou activités imposées au corps réel.

L'hystérique est amenée à une véritable escalade sémiologique pour faire entendre que son symptôme a un sens et, d'autre part, l'attachement, la fixation à un symptôme, et ce d'autant plus fort que ce symptôme a été la cause d'un intérêt plus grand.

On retrouve également l'aphonie hystérique. Ce fut le cas d'Anna O.<sup>(8)</sup> qui a certains moments ne pouvait s'adresser qu'en anglais à Breuer. La survenue de ce symptôme dans ce véritable cas princeps de l'hystérie mérite qu'il soit mentionné. On peut s'étonner de la facilité avec laquelle les gens "marchent selon les vœux de l'hystérique<sup>(34)</sup>". Il est probable qu'une certaine complicité inconsciente<sup>(34)</sup>, nécessaire au développement de nombreux symptômes hystériques. Ces derniers se lient avec la complicité du médecin.

D'autres troubles dont l'importance n'est pas moindre se localisent au cou. Le cou garde une importance relationnelle capitale, son importance est illustrée par le nombre des symptômes hystériques qui s'y localisent. Il faut mentionner « la boule hystérique <sup>(34)</sup> », le « globus hystericus<sup>(34)</sup> ». La fréquence de ce symptôme doit-elle amener à distinguer sa survenue chez l'hystérique de son apparition chez le sujet normal ? Ou bien faut-il suivre l'indication de Grasset, "un des éléments principaux du trac<sup>(34)</sup> ? » C'est là en effet une indication précieuse, qui montre la défaillance d'une certaine fonction au moment où le sujet se trouve dans une situation particulière, où on attend quelque chose de lui, où on lui demande même d'être particulièrement brillant. Cette sorte de faillite ne peut pas ne pas évoquer l'impuissance, qui peut frapper n'importe quel homme, au moment où il est prié de s'attester comme homme, le porteur du pénis<sup>(34)</sup>, l'échec était d'autant plus fréquent qu'il est plus cuisant, c'est-à-dire que la situation était plus désirée, désirée peut-être en tant que preuve de virilité. L'hystérie est-elle une maladie ou bien est-elle une manière accessible à pratiquement chacun d'exprimer son inconscient<sup>(34)</sup> ? Mode d'expression de l'inconscient, le message étant aussi inconnu à celui qui l'émet qu'à celui qui le reçoit.

On répète souvent que l'hystérie est un langage de corps ou par le corps. Il apparaît dans ce symptôme que le corps, pour mise en scène qu'il soit, est pourtant frappé d'un certain rejet. Il ne s'agit pas d'y toucher, ni de s'en servir. La voix de l'hystérique ne doit pas livrer le corps. En continuant l'inventaire des symptômes, ce sont d'autres métaphores qui vont être découvertes.

### c) Les algies :

Les algies, maux de têtes, vertiges, plaintes somatiques multiples. Son expression même de ce que le sujet peut dire à travers le corps. Elles apportent aux symptômes l'habillement de la parole, y ajoutant toutes les variétés possibles de descriptions et offrant parfois, par des termes utilisés, l'articulation entre symptômes et sens.

On retrouve le trouble « douloureux<sup>(6)</sup> », sous groupe de la catégorie des troubles somatoformes, dans la classification DSM IV. Les plaintes algiques constituent les seuls symptômes qui affectent un ou plusieurs sites anatomiques, les facteurs psychologiques ayant un rôle dominant dans l'apparition et la persistance des symptômes.

Il n'y a aucun intérêt à tenter de préciser les caractères de ces douleurs, comme on le ferait pour des algies neurologiques. Siège, irradiation, durée, intensité, nature sont personnalisés, uniques, non comparables entre eux. S'il n'est pas nécessaire d'approfondir un symptôme hystérique traduit par une douleur, comment être sûr qu'on ne passe pas à côté d'une maladie organique ? L'objection est parfaitement valable, où du moins elle le serait si le diagnostic d'hystérie devait se faire sur les symptômes qui ont été décrits jusqu'à présent et qui sont ceux qui ont le plus fasciné l'intérêt des médecins<sup>(34)</sup>.

Mais justement, ces symptômes, sans pouvoir être dits secondairement, ne sont pas l'élément déterminant du diagnostic. L'hystérie est une névrose, et en tant que telle, elle se signale par des situations répétitives. Il s'agira donc de se familiariser avec la détection de ces situations répétitives et de découvrir que les symptômes sont eux-mêmes le signe d'une telle répétition<sup>(34)</sup>. En apprenant qu'une douleur, lombalgies par exemple, s'est déjà manifestée à plusieurs reprises, et ceci à des intervalles de plusieurs années, l'urgence du diagnostic précis apparaîtra moins grande et on pourra se donner le temps d'observer l'hystérique pendant quelques jours, sans la précipiter dans une surenchère de troubles<sup>(3)</sup>. Cette surenchère : la patiente présentant un symptôme, le médecin répondant par un traitement, la patiente offrant un nouveau symptôme et ainsi de suite, est déjà en elle-même un élément diagnostique.

#### d) Symptômes psychiques :

Enfin le DSM IV consacre une rubrique aux symptômes d'expression psychique, intitulé « troubles dissociatifs <sup>6)</sup> ». Ils traduisent une altération de l'organisation, de l'expression intégrative, structurante et consciente de soi, en particulier des dimensions affectives et cognitives qui caractérisent le sentiment d'identité personnelle et la mémoire de soi<sup>(7)</sup>. Initialement décrits par Janet et Freud, ils sont mieux connus grâce aux échelles d'évaluation de l'expérience dissociative, à l'étude des relations avec les expériences traumatiques, à l'approche psychodéfensive et cognitiviste. Les troubles dissociatifs comportent l'inhibition intellectuelle, l'amnésie infantile, l'amnésie dissociative (F44.0) [300.12], la fugue dissociative (F 44.1) [300.13], le trouble dissociatif de l'identité (auparavant personnalité multiple) (F44.81) [300.14], les états crépusculaires et léthargiques, et l'état dissociatif de transe et de possession (F44.9)[300.15].

La fugue dissociative<sup>(6)</sup> a pour caractéristiques cliniques un ou plusieurs épisodes de voyage soudain, inattendu, réfléchi, loin du domicile ou du lieu habituel de travail, associés à une incapacité à rappeler son propre passé et son identité personnelle primaire. De début soudain, la fugue dure de quelques heures à plusieurs mois. Nous pourrions en rapprocher le cas Albert<sup>(30)</sup>, décrit au siècle dernier, époque où la fugue constituait une entité médicale autonome<sup>(30)</sup>. Le Juif errant de la Salpêtrière d'Henri Meige raconte des cas de fugueurs, qui n'étaient pas moins hystériques, dénommés des israélites névropathes. Ce pamphlet antisémite aux dérives eugénistes illustre aussi la construction sociale et politique qui érige et construit des entités médicales, non au service du malade ou du sujet, mais au nom de ce qui dérange une société.

Le trouble dissociatif de l'identité ou personnalité multiple<sup>(6)</sup> est un trouble de l'identité réalisant une ou plusieurs personnalités distinctes ayant chacune des attitudes et un comportement particulier. Depuis sa reconnaissance avec le DSM III, le nombre de cas est sans cesse croissant ; 200 en 1980, 6 000 en 1986<sup>(7)</sup>. Il réalise un trouble post-traumatique non réductible à l'hystérie, voire un trouble iatrogène créé par les expertises ou l'hypnose. Ne s'agit-il pas également d'une entité médicale autonome ?

La transe dissociative<sup>(6)</sup> réalise une altération transitoire de la conscience avec conservation de la perception du monde extérieur. Elle altère plus la conscience que l'identité. Quand elle

associe une altération de l'identité, celle-ci n'est pas remplacée par une personnalité alternante. Les mouvements accomplis sont simples : écoulement soudain, immobilisation, étourdissement, cris perçants, etc.

L'attaque de nerfs d'Amérique latine<sup>(7)</sup> (prévalence sur la vie de 12 %) en est une variante. Elle comporte : mouvements convulsifs, hyperventilation, mouvements d'agitation agressive.

En Malaisie (Latah)<sup>(7)(6)</sup> les individus troublés ont une vision soudaine d'un esprit les menaçant, sans perception de son identité. Ils vocifèrent, donnent des coups et doivent être contenus. Ces états laissent ou pas une amnésie.

L'état de possession<sup>(6)</sup> en est une variante caractérisée par l'impression de remplacement d'une identité personnelle par une nouvelle identité attribuée à un esprit, un ancêtre, un dieu, un pouvoir ou une autre personne. En Inde, la personne affectée se met à parler d'une voix altérée avec une divinité reconnaissable : elle peut ainsi se parler à la troisième personne.

Les critères du DSM IV<sup>(6)</sup> excluent les états secondaires à un trouble psychotique, un abus de substance ou une maladie générale (épilepsie temporelle). Surtout, ils excluent les pratiques religieuses et culturelles de transe qui s'inscrivent dans un champ de normalité sociale, comme par exemple les danseurs libanais qui élèvent leur statut social en entrant en transe au-dessus d'un brasier, sous le contrôle d'autres danseurs.

Cette forme de trouble illustre bien le continuum existant entre les aspects pathologiques et normatifs ou " réussis<sup>(34)</sup> " de l'hystérie.

Les modèles proposés par le DSM IV ne peuvent qu'aider le clinicien dans son évaluation des troubles. Ce qui n'empêche pas d'apprécier la « dose d'hystérie<sup>(2)</sup> » qui majore ou colore la pathologie, nuance la relation médecin-malade, mais on ne peut pas s'en tenir à cette étiquette incertaine, conclut Bourgeois<sup>(2)</sup>, dans une communication à la société médico-psychologique sur La mise en pièce de l'hystérie dans la nosographie contemporaine.

Nous venons d'appréhender le démantèlement de l'hystérie en troubles dits somatoformes, subdivisés en trouble « somatisation », de « conversion », et « douloureux », et en syndromes dissociatifs (amnésie, fugue, trouble de l'identité, transe). A côté des items de l'axe I que nous venons d'examiner sous un angle critique, le démantèlement du concept d'hystérie amène à aborder la question de la personnalité hystérique, entité de l'axe II.

## 4.2 Lecture multi-axiale de la personnalité hystérique :

L'hystérie renvoie à des positions théoriques différentes, conduisant à des méthodes d'observation et à des critères de définition spécifique. Ainsi, trois points de vue se dégagent :

1- Les Critères objectifs(DSMIV), c'est à dire les manifestations corporelles et les comportements. Ils attachent beaucoup d'importance aux conversions somatiques, et aux attitudes de séduction et de fuite. Il s'agit d'une approche clinique et comportementale.

2-Le vécu affectif, c'est à dire les affects et les représentations. Ils tiennent compte de comportements mais ne considère comme symptômes d'hystérie que ceux qui sont associés à des symptômes subjectifs caractéristiques comme l'hyperexpressivité des affects, la labilité affective et l'intensité de la vie imaginaire ou la classique « belle indifférence ». Cela correspondrait à une approche symptomatique et psychologique.

3-Le fonctionnement psychique, la structure de la personnalité, le sens des paroles et des actes. Cette approche psychanalytique, avec ses concepts de fixation, de conflit intrapsychique, de castration, s'attachent à définir la thématique de l'hystérie et les

caractéristiques structurales de la personnalité. Cette approche ajoute à la description une interprétation.

Le propre de la normalité est d'être souple, adaptable. Nous utilisons en cas d'angoisse, les différents mécanismes de défense, mais sans exclusivité pour l'un ou pour l'autre. La conception freudienne supprime la barrière entre névrose et formes de pensée que nous tenons pour normales. Seules des différences quantitatives expliqueraient que, chez beaucoup, les fixations pulsionnelles et défensives ne causent que des particularités mineures du caractère, tandis que chez d'autres elles seraient à l'origine de névrose proprement dite.

Le caractère est donc le fond permanent selon lequel le sujet donné résout toujours de façon analogue les tensions nées d'une certaine situation. Comment décrire le caractère ? La description faite par l'observateur sera toujours brossée par rapport à soi, c'est à dire qu'il s'agira d'une véritable projection. On n'insistera jamais assez sur l'importance qu'il y a lire, dans les descriptions médicales de certains traits de caractères, ce que ces tableaux donnent à découvrir du médecin lui-même et surtout son propre inconscient<sup>(34)</sup>, nous dit Israël.

Au contraire, la personnalité pathologique se définit par une exclusivité et une intensité d'un seul et quasi-unique mode de fonctionnement psychique. Autrement dit, en terme de névrose, l'éventail des réactions à une situation donnée est beaucoup plus étroit.

La personnalité hystérique se définirait comme une intense demande affective érotisée et culpabilisée<sup>(3)</sup>. Trois grands axes se détachent : une quête affective, une hyperexpressivité et une labilité des affects, et une intensité de la vie imaginaire. Bien entendu, nous nous attacherons à décrire l'hystérie à travers ces trois approches cités parmi d'autres, et ce, afin de percevoir que, suivant le niveau de lecture, la compréhension et la signification du symptôme n'est pas la même. D'emblée, souligner la multiplicité des grilles de lecture met l'accent sur les divergences de point de vue et par conséquent sur celle du diagnostic d'hystérie qu'émergera de ces confrontations.

### **a) Demande affective**<sup>(3)</sup>

Le besoin d'affection est tel que le sujet ne peut s'en passer et se met dans un état de dépendance affective, pour bénéficier de l'amour de l'autre et le conserver, ne pas le perdre : d'où la suggestibilité, psychoplasticité, sensibilité à l'ambiance. L'hystérique s'efforce d'être comme l'autre le souhaite, jusqu'à utiliser l'arme de la séduction sur un mode érotisé<sup>(8)</sup>. Sa vie sexuelle est caractérisée par une double attitude : besoin d'attirer l'attention avec ce jeu de séduction et lorsque cette séduction est efficace, fuite devant la réalisation sexuelle. La dépendance peut être marquée : pour obtenir l'appui d'un tiers, véritable " Moi " auxiliaire, l'hystérique fait l'aveu de son impuissance et utilise la séduction.

#### Selon l'approche comportementale :

Si les hystériques ont des attitudes de séduction suivies de rupture, tous les sujets qui ont ces attitudes sont des hystériques. Or, un même comportement correspond à des fonctionnements psychiques très différents.

#### Selon l'approche symptomatique :

Derrière des comportements identiques, s'expriment des vécus affectifs différents et dont seuls quelques uns méritent d'être appelés hystériques. La demande est de type infantile,

dominée par la recherche de protection et d'affection. La fuite devant la sexualité est due à l'envahissement par des affects de déplaisir, d'anxiété et de culpabilité. La demande d'affection, couplée à une telle peur de la sexualité constituent des attitudes très infantiles et très déssexualisées. Cette position reflète l'ambiguïté de l'affectivité hystérique, c'est à dire cette position ambivalente dans laquelle la sexualité est recherchée et crainte, le plaisir érotique souhaité et culpabilisé.

#### Selon une approche structurale :

Dans la relation aux autres, l'hystérique est dans une position équivalente à celle du petit enfant au cours des premiers temps de l'œdipe. Cette position comporte une tentative de séduction déclenchant l'angoisse de castration et une relation qui est à la fois encore prégénitale et déjà érotisée. L'hystérique, qu'il soit homme ou femme, voit en l'autre en projetant sur lui les images parentales de son enfance, comme des êtres à la fois parentaux et objets érogènes, protecteurs et dangereux, désirables et interdits. La thématique œdipienne n'est pas toujours évidente. Le lien électif au père peut être justement caché par un conflit avec lui ou des sentiments de mépris ou de dégoût. Le substitut du père n'est pas forcément un homme ni, quand c'est le cas, un homme plus âgé. Comprendre la demande affective de l'hystérique, ce modèle de fixation au premier temps de l'œdipe, cela permet de donner un sens au fait qu'elle soit, cette demande, à la fois intense, érotisée et culpabilisée.

#### **b) Hyperexpressivité et labilité des affects**<sup>(3)</sup>

L'hypersensibilité aux agressions et aux gratifications, l'ampleur des réactions affectives sont franche chez ce type de personnage. Si le sujet exprime une émotion, il ne le fait pas seulement avec intensité mais il va jusqu'à la démesure. Il en fait trop. Il est un histrion, c'est à dire un mauvais acteur, car il paraît jouer une comédie. Ses traits sont à l'origine de l'individualisation par le DSM IV et la CIM-10 de la personnalité histrionique.

#### Selon l'approche comportementale :

Il s'agit de la personnalité histrionique du DSMIV et de la CIM 10 : F60.4 Personnalité histrionique<sup>(6)</sup>: il correspond à un mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte, avec au moins cinq des manifestations suivantes pour porter le diagnostic :

- (a) Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle.
- (b) Une suggestibilité, et le fait d'être facilement influencé par autrui ou par les circonstances.
- (c) Une affectivité superficielle et labile.
- (d) Un désir permanent de distractions, et d'activités où le sujet est le centre d'attention d'autrui.
- (e) un aspect ou un comportement de séduction inapproprié
- (f) une préoccupation excessive par le souci de plaire physiquement.

L'item F60.4 précise que le trouble peut s'accompagner d'un égocentrisme, d'une indulgence excessive envers soi-même, d'un désir permanent d'être apprécié, d'une tendance à être facilement blessé, et d'un comportement manipulateur persistant, visant à satisfaire ses propres besoins.

### Selon l'approche symptomatique :

Hyperexpressivité et théâtralisme sont deux traits prédominants. Si l'aspect théâtral d'un sujet donne une impression de superficialité ou d'inauthenticité, on ne pourra l'attribuer à l'hystérie que si c'est la conséquence de son ambivalence, avec un conflit entre les tendances opposées du désir de séduire et la crainte d'y réussir. L'histrionisme est doublé par l'inauthenticité : jouer un rôle et un personnage pour ne pas percevoir le défaut fondamental à être soi-même. Le sentiment d'impuissance à être est souvent exprimé avec émotion, à la différence des personnalités narcissiques et limites.

La théâtralité se double d'un défaut de contrôle émotionnel, lors des frustrations et déceptions. Ce défaut associé au besoin d'attirer l'attention est considéré aussi comme une variante d'hystérie, d'essence tempéramentale. La vie psychosexuelle est souvent insatisfaisante mais masquée par la séduction et l'érotisation des préliminaires. Ce défaut peut être masqué par une vie procréative féconde. Le désir d'enfant est faiblement sublimatoire et émane plutôt de l'amour narcissique.

### Selon l'approche structurale :

Il est acteur théâtral, en raison de son ambivalence. Si, au lieu d'être l'acteur brillant qui s'offre comme objet de désir, il est un acteur défaillant, il pourra peut-être séduire grâce à cette défaillance. Ce qui suscitera alors sera plus de la compassion qu'un désir sexuel, et il évitera peut-être ainsi l'angoisse et la culpabilité de la génitalité interdite. Le voici ainsi maintenu dans une position infantile plus confortable.

### **c) Intensité de la vie imaginaire**<sup>(3)</sup>

#### Selon une approche comportementale

Elle n'aborde pas cette dimension puisque la vie imaginaire est purement subjective.

#### Selon l'approche symptomatique et structurale :

La vie intellectuelle et la pensée rigoureuse sont peu investies, à la différence des capacités créatives et imaginatives. L'hystérique a une activité fantasmatique très riche, avec une facilité à la rêverie, à forte coloration affective. Il s'agit d'une activité mentale de compensation vis-à-vis des difficultés de la vie relationnelle. Elle correspond aussi à des compromis entre pulsions et défenses, dans lesquels les représentations refoulées sont remplacées par des représentations substitutives. On retrouve aussi une tendance à la mythomanie. Cette tendance à s'imaginer des personnages, à se raconter des histoires contribue au théâtralisme. S'associent des troubles de la mémoire, tels que des remaniements des souvenirs, des illusions, des ecmésies (impressions de vivre à un moment passé de la vie) et des amnésies.

Comme l'avait remarqué Freud, les hystériques sont incapables d'exposer avec ordre et logique l'histoire de leur vie, ils intervertissent les repères chronologiques, mettent en évidence des banalités et omettent des événements essentiels.

### **d) Remarques au sujet de la personnalité histrionique**

La concordance établie entre les symptômes hystériques et les traits de personnalité hystérique n'est pas confirmée par toutes les analyses factorielles : 20 % des cas seulement pour certains auteurs<sup>(7)</sup>. La conversion est observée sans personnalité hystérique<sup>(7)</sup>. De plus, la personnalité hystérique se décompense sous d'autres formes<sup>(7)</sup> : troubles anxieux, dépression, alcoolisme, tentatives de suicide etc. La personnalité histrionique est aussi

souvent associée aux troubles anxieux qu'aux troubles somatoformes. En outre, les limites entre les aspects normaux et pathologiques de cette personnalité sont imprécis. Enfin, certains stigmates sont communs aux personnalités limites et narcissiques. La prévalence varie : 2 à 3 %, voire 10 à 15 % avec une évaluation structurée<sup>(7)</sup>.

Les relations interpersonnelles (amicales, professionnelles), aisément nouées, sont d'essence narcissique, variablement érotisées et obéissant peu à la réciprocité. L'habileté à nuancer ces stratagèmes défensifs détermine leur réussite.

Le trouble " conversion " est associé à la personnalité dépendante<sup>(7)</sup> (17 %), évitante<sup>(7)</sup> (17 %) et narcissique<sup>(7)</sup> (17 %). Les autres particularités psychiques et psychosociales<sup>(7)</sup> sont : prédominance féminine, mariage fréquent, incidence marquée des troubles thymiques, hospitalisations générales plus fréquentes, vie relationnelle perturbée (famille, amitiés), adaptation sociale plus favorable.

La personnalité histrionique représente bien une dimension à part entière de l'hystérie dont la spécificité n'est réelle que lorsqu'elle atteint le niveau du trouble.

## 5. Nouvelles manifestations de l'hystérie ?

Nous abordons dans ce chapitre, ces nouveaux symptômes qui refusent de consommer immédiatement le plaisir, symptômes permettant au sujet d'exister. Nous avons précisé que la personnalité hystérique pouvait se décompenser sous d'autres formes<sup>(7)</sup> : troubles anxieux, dépression, alcoolisme, tentatives de suicide etc... Dans ces nouvelles nomenclatures, l'hystérie prend un nouveau nom, la fibromyalgie ou bien habite de vieilles entités telles que la dépression, le trouble anxieux ou encore l'anorexie.

### 5.1 Fibromyalgie<sup>(36)</sup> :

La fibromyalgie est une pathologie délicate en bien des points, mystérieuse dans son origine, une descendance supposée de la neurasthénie<sup>(36)</sup>, sa fréquence étonnante se heurte encore à l'absence formelle d'éléments d'identification. Par son caractère invisible et invincible, elle reste inexplicée de même que tout autre phénomène douloureux chronique, ce qui la rapproche ainsi du syndrome de fatigue chronique. L'insaisissable fibromyalgie aurait-elle supplanté l'ancienne hystérie.

#### a) Essai de définition :

La fibromyalgie n'est pas une maladie mais un syndrome<sup>(36)</sup> englobant des douleurs périarticulaires, des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur sur le versant dépressif ou anxieux, des troubles urinaires, des colopathies et surtout une fatigue intense.

Pour porter le diagnostic, le clinicien doit retrouver des points sensibles à la pression dénommés en anglais « tenderness<sup>(36)</sup> », similaires aux zones épileptogènes, érogènes ou ovariennes, à savoir hystérogènes de Charcot. Ce n'est pas la localisation des points qui est pathologique, c'est plutôt leur multiplicité et l'intensité de la sensation affirmant encore une fois le polymorphisme de son expression. Les algies spontanées diffuses, dont l'intensité est appréciée par algométrie<sup>(36)</sup> (échelle visuelle analogique de la douleur), renforce la subjectivité de la souffrance.

Avoir consulté cinq praticiens<sup>(36)</sup>, un des autres critères du diagnostic, pose la question de la multiplication des demandes non entendues. Mobilité et complexité des critères diagnostiques qualifient la fibromyalgie, mais elle se manifeste comme syndrome à expression somatique. Le corps en expression, cela n'est pas sans nous rappeler la conversion hystérique.

#### b) Quelle étiologie ?

En l'absence d'étiologie définie<sup>(36)</sup>, on multiplie les tentatives d'explication, impliquant à tour de rôle, un substratum psychologique particulier, une atmosphère environnementale et familiale dépressive, une forte prévalence de dépression, un environnement socio-professionnel délétère, ou encore une maladie virale, un stress physique ou un stress émotionnel aigu, présupposant un traumatisme. Le traumatisme sexuel n'avait-il pas été évoqué par Freud au début de sa théorie sur l'étiologie de l'hystérie ?

Ainsi le fibromyalgique, de même que le « douloureux chronique<sup>(36)</sup> », se heurtent de plein fouet à la représentation sociale de la douleur, c'est à dire l'absence de considération de ce symptôme « peu valorisant ». On recherche une causalité organique rassurante puisque actuellement, il n'existe aucun élément formel d'identification. Comme pour tout autre syndrome fonctionnel somatique participe une insatisfaction tant du malade que du médecin. Comment en effet adopter une attitude thérapeutique lorsqu'aucune cause n'est évidente ?

La nécessité de trouver une étiologie précise, organique est renforcée par les nouvelles classifications, type DSM, négligeant la subjectivité du sujet. Cette conception du DSM, n'a pu se défaire, d'un certain impérialisme culturel.

En définitive, le malade douloureux chronique est exclu du champ de ces différentes classifications. Il est exclu du champ social, il tente de l'intégrer par un symptôme ou une maladie que la société reconnaîtrait à tout hasard.

### c) L'incompréhension du malade : place du sujet dans la société :

Le malade se sent souvent incompris. Les patients pour Balint, aiment que leur maladie ait un nom<sup>(36)</sup>. Aux yeux de certains malades, cette reconnaissance médicale doit être aussi sociale, notamment en matière de prise en charge à 100 %, d'invalidité, de même qu'au niveau socio-professionnel<sup>(36)</sup>. Mais l'indemnisation est-elle une bonne thérapeutique ?

La médecine contemporaine paraît davantage tournée vers l'identification des maladies, en réponse à la demande des patients : « qu'est-ce que j'ai ? », excluant peut-être le sujet. Est-ce la société de consommation qui favorise cette exclusion, en incitant activement à la consommation de l'objet ?

Les associations de fibromyalgiques, suggèrent-elles aux patients telle ou telle maladie, renforçant leur propre existence et leur autonomie d'être ? La classification des maladies a changé en même temps que le nom des diagnostics fonctionnels ; certains sont devenus des « diagnostics poubelle<sup>(36)</sup> » en l'absence de fondement somatique. Telle est la position de la fibromyalgie. Ne fut-ce pas le cas avec l'hystérie ? Ou plus encore avec la névrose ?

Le terme de névrose<sup>(40)</sup> fut utilisé jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour définir une catégorie fort large de troubles que n'expliquait pas une lésion d'organe et qui, de ce fait, étaient imputés à un dérèglement fonctionnel des nerfs censés régler le fonctionnement des viscères. Dans ce cadre très vaste et imprécis ont été ainsi rangées des maladies qui devaient, par la suite, être rattachées à une anomalie organique précise (goitre exophtalmique, paralysie agitante et chorée, par exemple). Bien entendu, ce cadre nosologique appartenait à la pathologie interne et n'avait aucun rapport avec la folie, et donc avec les troubles mentaux que décrivaient les aliénistes. Mais, à mesure que progressaient les connaissances médicales, il devait céder la place à des reclassements nosologiques différents. Seuls résidus, certains troubles fonctionnels du système nerveux (migraine, épilepsie) résistèrent plus longtemps à ce démembrement. Mais, c'est l'hystérie, bien décrite par Briquet puis par Charcot, qui devait demeurer le paradigme d'un tel type de troubles.

### d) Epidémies contemporaines comme échec de la modernité :

La signification du diagnostic est fonction de ce qui se négocie entre médecin et malade. Les douleurs des hystériques auraient été insuffisamment mentionnées par les premières descriptions. Or, les déprimés souffrent de partout, de même que l'hystérique place souvent sur le devant de la scène l'appareil locomoteur. L'hystérique ne prend plus la forme spectaculaire du début du siècle, elle est passée à l'ère du scanner, elle a perdu de sa flamboyante. Elle s'évanouit en cent endroits dans les manuels de la médecine, est devenue plus banale, sous forme de fatigue, d'insomnie, d'anxiété, voire de dépression, présentés quotidiennement au médecin généraliste.

Il semble bien en effet que chaque discipline médicale possède un syndrome fonctionnel somatique, c'est-à-dire des symptômes non médicalement expliqués, ou expliqués par des phénomènes d'hypersensibilité douloureuse. Par exemple en gastro-entérologie, le syndrome de l'intestin irritable, en gynécologie, le syndrome prémenstruel, les douleurs pelviennes chroniques. Chaque syndrome fonctionnel est identifié comme une entité unique

au sein de sa propre discipline sans que formellement il en soit démontré la réalité médicale. Ces syndromes fonctionnels dégagent quelques particularités communes<sup>(35)</sup>: une prédominance féminine, l'association à un désordre émotionnel ou à des antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels.

N'y aurait-il pas une corrélation entre le glissement, voire la disparition de l'hystérie décrite par Charcot, flamboyante, multiforme, multisymptôme, et les nouvelles entités hétéroclites : spasmophilie, fibromyalgie, lombalgies chroniques, algodystrophie, syndrome de fatigue chronique ? D'autre part, nous pourrions définir une nouvelle typologie, fondée sur l'efficacité thérapeutique, notamment pharmacologique. L'efficacité du médicament définirait maintenant des rubriques nosographiques. Freud avait, lui même, fondé l'unicité des névroses sur le processus thérapeutique. Dès 1894, il rapproche l'hystérie et la névrose obsessionnelle par l'identité de mécanisme et d'accessibilité de la psychothérapeutique par remémoration d'expériences issues de l'enfance<sup>(9)</sup>.

Ces épidémies actuelles à texture somatique<sup>(36)</sup>, proviennent ainsi de l'absence de prise en compte de l'individu dans sa totalité, et dans sa subjectivité. Il est appréhendé le plus souvent sous l'angle « disease<sup>(36)</sup> ». Que ces maladies soient nouvelles dans leur dénomination, ou dans leur nosographie, qu'elles aient été simplement revisitées par une classification, elles ont pour caractéristique de ne pas coller à une entité reconnue scientifiquement.

Ces patients, « laissés pour compte » par la science, sont facilement récupérés par les associations de malades, dont l'importance est croissante pour les faire entrer dans une norme résultante d'un pseudo-consensus démocratique. Un certain militantisme associatif<sup>(36)</sup>, amplifié par les moyens modernes de communication est décrit comme l'un des vecteurs de la propagation épidémique de ces malaises multiformes.

#### e) Conclusion :

Ces maladies que l'on qualifierait de chimériques révèlent un conflit profond et réel, bien au-delà du rapport entre normal et pathologique. Ce conflit impacte une humanité contemporaine<sup>(35)</sup> de plus en plus écartelée, entre des exigences d'ordre individuel relatif au bien-être, et ce que la science et le politique autorisent, quand le capitalisme exige confiance en soi, souplesse, rapidité, énergie... Elles mettent plus que jamais à l'ordre du jour l'étiologie strictement socio-politique<sup>(36)</sup> dans le champ de la pathologie générale et plus seulement des maladies mentales. Même si les manifestations biologiques qui s'inscrivent sur le corps de l'individu font l'objet, pour la plupart d'entre elles, d'une interprétation sociale.

Ces épidémies d'un nouveau genre teintent la santé publique d'un lot qui ne rentre pas dans les classifications anglo-saxonnes officielles, et s'échappent dans des voies d'expression pas toujours régulées. Il en découle une certaine recrudescence morbide face à laquelle il semble bien que la réponse technologique restera vaine.

### 5.2 L'anorexie :

L'anorexie mentale, occupe actuellement les services de psychiatrie d'enfants et d'adolescents. Elle prend l'allure d'un authentique phénomène de société, que les médias ne manquent pas de répercuter. Pathologie à prédominance féminine, elle développe un singulier rapport au corps, objet de toutes les contraintes et de tous les défis ; comme l'hystérique mais d'une façon différente, elle installe une relation particulière à ceux qui prétendent la soigner. Sommes-nous passés du spasme hystérique à la maigreur anorexique ?

Elle actualise l'idée qu'une société peut simultanément susciter, permettre l'expression d'une pathologie donnée, et en réprimer d'autres. C'est à dire que le groupe social a l'étonnante capacité de façonner des catégories nosographiques disparates au gré du temps. L'époque suggèrerait-elle l'expression de la souffrance à travers le corps ?

#### a) De l'hystérie à l'anorexie : Analogies et différences :

La clinique de l'hystérie va tout au long du 20<sup>ème</sup> siècle se modifier : les grandes crises si méticuleusement décrites par Charcot vont disparaître, les convulsions spectaculaires deviennent rares et ne hantent plus que les services de neurologie, les spasmes qui firent la grandeur de l'affection persistent sous formes atténuées, crises de tétanie ou de spasmophilie.

Pour autant, l'anorexie ne perpétuerait-elle pas la mise en scène, spectaculaire non seulement dans certains services d'adolescents mais aussi sous les projecteurs de la mass média, écrite et télévisuelle.

A la manière de l'hystérie, la recherche d'une étiologie organique s'immisce dans le champ de l'anorexie. On tente de rattacher une étiologie neurobiologique<sup>(39)</sup> à l'anorexie. Charcot tentait aussi d'un point de vue anatomo-pathologique, de connaître une cause localisatrice à l'hystérie.

L'anorexie, et la boulimie ont une nette prévalence féminine. Comme l'hystérie, l'anorexique s'ouvre à une clinique singulière du corps, et là où l'hystérique montrait ses crises, ses spasmes, ses convulsions, l'anorexie exhibe sa maigreur<sup>(39)</sup>, sa cachexie. L'une et l'autre ont une relation particulière à la médecine et au médecin<sup>(39)</sup> (le fameux défi hystérique). Devant la résistance thérapeutique, les patientes sont parfois amenées à forcer le symptôme (surenchère du symptôme) avec les catastrophes qui en découlent.

Même la classique suggestibilité hystérique, qui paraît à première vue à l'opposé de la volonté farouche de l'anorexique<sup>(39)</sup>, peut faire écho à la fabuleuse incitation sociale<sup>(39)</sup> largement véhiculée par les médias concernant les exigences de minceur, de régime et de performance, lesquelles valent bien les hypnoses collectives du siècle dernier<sup>(39)</sup>.

Pourtant ces analogies ne suffisent pas à identifier ces deux pathologies, ou en faire de l'une ou une pure forme clinique de l'autre et refuser cette assimilation permettrait un questionnement de fond sur le rôle du symptôme social et anthropologique<sup>(39)</sup> qu'ont joué successivement l'hystérique et l'anorexique.

Le corps hystérique est tout entier engagé à souligner les limites, les impotences fonctionnelles (symbolique de castration). La problématique anorexique ou boulimique tourne autour d'une impossible satiété<sup>(39)</sup> où l'on peut reconnaître au contraire les affres et les effets d'une nouvelle limite à la jouissance et à une impossible castration.

L'hystérique use de belle indifférence et de dénégation, reste passive devant son symptôme, là où l'anorexique nie sa maigreur et exige la maîtrise et le contrôle.

*« Là, où l'hystérique combattait un ordre établi autour d'un partage autoritaire entre le masculin et le féminin, l'anorexique combat maintenant un désordre au sein duquel règne la dé-différenciation, et l'effacement de l'autorité. L'anorexique peut vivre sans manger, sans consommer le premier de tous les objets, le plus nécessaire et primordial, l'objet oral », nous dit Thierry Vincent<sup>(39)</sup>.*

Comme l'hystérique du siècle précédent, sa particularité est de faire corps un lieu de protestation et de dénonciation, par exhibition. Comme l'hystérique, l'anorexique est à la fois la victime d'un système et la combattante de celui-ci.

### b) Situation de l'anorexie :

La psychanalyse a étroitement associé la question de la dépendance à celle de la différence, faisant de la différenciation le processus permettant l'élargissement de la dépendance, et la différence sexuelle, le prototype de toute différenciation. Le produit de la différence et de l'élargissement de la dépendance s'entend comme différence<sup>(39)</sup> (à partir du verbe différer) : plus les objets sont différents, plus il y en a, et moins on dépend étroitement d'un seul ou d'un petit nombre d'entre eux, plus ils permettent ainsi de différer le besoin et d'introduire le désir. Lier différence et dépendance, c'est aussi introduire une différence de qualité entre les objets : l'homme ne se nourrit pas que d'objets réels mais aussi d'objets fantasmés.

L'anorexique, fixée au stade oral, se prive de nourriture, et elle mange, dévore les proches, les livres, les activités sportives. En se privant, elles échouent à intérioriser le manque nécessaire<sup>(39)</sup> à ouvrir un espace de différenciation parce qu'il faudrait les sevrer pour les faire manger, or sevrer n'est pas seulement priver. L'anorexique s'imagine qu'il serait possible de se passer absolument d'objet et que c'est là ce qu'on appelle indépendance.

Selon Thierry Vincent<sup>(39)</sup>, nous sommes passés d'une société paternaliste au 19<sup>ème</sup> siècle à une société de consommation, focalisée sur l'absence de distance avec l'objet. D'autre part, dans cette nouvelle société la loi fait défaut. Et Thierry Vincent ajoute ceci <sup>(39)</sup>: « *La loi a toujours un effet de lier qui aménage l'espace de proximité, freine ou diffère la dévoration, combat la confusion des objets et permet leur différenciation et non leur simple substitution. Toute société fixe des interdits valables pour l'ensemble d'une société dont les aspects à la fois catégorique et arbitraire furent pendant des siècles largement transcendants. Ces interdits que Freud a perçus comme dérivés d'interdits fondamentaux, celui de l'inceste et celui du parricide, ont pour conséquence de limiter la jouissance de chacun sur autrui et de pallier des rapports à la dévoration* ».

La fixation au stade oral, la dévoration de l'objet empêche l'introduction de l'œdipe et ne permet pas l'introduction du tiers et de la différenciation des sexes. Cela modifie les processus d'identification. L'organisme vivant se maintiendrait en vie en contenant et en différant le plaisir. Cette société de consommation décrite par Thierry Vincent, ne diffère pas la consommation de l'objet, et centre son existence sur la figure de la mort.

Au cours du X<sup>ème</sup> siècle, on assiste à un raccourcissement du cycle de l'objet, modifiant la relation à celui-ci, d'où une modification de la relation à l'autre. Renoncer à l'objet, défaille de nos jours<sup>(39)</sup>, c'est accepter d'accéder à la castration et donc à différer le plaisir. Mais la dévoration de l'objet annihile l'objet et sa relation à l'objet, dit Mélanie Klein. Cette société de consommation, articulant son fonctionnement sur un réflexe consumériste, consacre la primauté de l'objet oral, fondamentalement régressif.

### 5.3 Une lutte contre la pulsion de mort :

Une interprétation différente force le médecin à une nouvelle lecture du symptôme inscrit sur le corps<sup>(34)</sup> et à tenir compte de la fonction de clivage de toute limite.

Les premières découvertes de Freud l'amènent à reconnaître le rôle primordial des pulsions dans le déterminisme des actions de l'homme<sup>(22)</sup>. Il découvre également que ces pulsions

étaient habituellement intriquées, à savoir que les pulsions sexuelles étaient presque toujours liées à une mystérieuse pulsion de mort. Il réfère cette pulsion de mort<sup>(21)</sup> à une propriété du vivant : la matière vivante tend à retourner à l'inanimé, et ce retour, cette chute de la tension synonyme de vie, s'accompagne de plaisir<sup>(21)</sup>. Le plaisir vient mettre fin à la jouissance.

La pulsion de mort<sup>(21)</sup> ne se localise pas seulement à la diminution des tensions. Elle se signale dans la vie de tous les jours de façon autrement inquiétante et insidieuse. Freud a repéré la pulsion de mort dans un tout autre domaine que celui de l'orgasme, dans un domaine littéralement quotidien : celui de la répétition<sup>(21)</sup>. Tout ce qui se répète machinalement, par routine ou habitude, marque un renoncement à créer. Toute répétition implique une reconstruction dans le temps d'une même activité. Il semble qu'on ne puisse pas échapper à ce temps répété, à ce rythme obsessionnel, sans surprise. C'est bien l'ennui qui est engendré par la répétition<sup>(39)</sup>. L'ennui naît un jour de l'uniformité. Or, avec l'hystérique, on ne s'ennuie pas. L'hystérique diffère en ceci radicalement des obsessionnels, dont on sait qu'ils ont toujours le même retard, et toujours pour les mêmes raisons<sup>(34)</sup>.

La frontière, la découpe du symptôme est l'expression d'une terre inconnue<sup>(34)</sup>, comme partie de soi inconnue du sujet et encore à découvrir. Freud, à la fin de son œuvre, introduit la Spaltung, le clivage du sujet<sup>(28)</sup>. Sa signification est illustrée par le symptôme hystérique qui vient comme un rappel insistant de ceci, qu'au sujet échappera toujours une partie de son être<sup>(34)</sup>. Le symptôme hystérique prend la relève de la parole, et trouve sa place dans ce manque où il s'agit de déchiffrer<sup>(34)</sup>. Les symptômes les plus marquants sont les symptômes de manque à percevoir : anesthésie, troubles sensoriels, frigidité. La réaction la plus immédiate est de répondre à ce manque ce que s'empresse de faire certain médecin. Entendre autrement le symptôme implique qu'on ait soi-même dépassé l'intolérance du manque<sup>(34)</sup>, qu'on soit capable de supporter le désir. A partir de là, il devient possible de traduire le symptôme découpé comme demande de manque, comme recherche désespérée d'incomplétude. Etre incomplète, être reconnue comme incomplète permet tous les espoirs d'invention, mais expose en même temps à l'angoisse des lendemains inconnus dont nous avons dit qu'ils étaient symbolisés par la mort.

La contradiction entre le désir d'incomplétude et le souci de perfection n'est qu'apparente. La recherche de perfection est le versant conscient du symptôme, approuvé et soutenu par l'entourage lui-même à la recherche de rassurement. La vérité du symptôme, nous dit Lucien Israël, c'est à dire son versant inconscient est cette affirmation interdite<sup>(34)</sup> : « je ne suis pas complète<sup>(34)</sup> ».

Le droit à l'échec est l'une des conditions fondamentales de toute mise en jeu du désir, avec toutes ses conséquences. C'est à partir de là qu'on accepte le risque d'être déçu par l'autre. Ce message, qui affirmait que l'avenir du sujet n'était pas confiné aux désirs des parents ni aux conventions sociales, permet une création perpétuelle.

## 5.4 Synthèse :

L'hystérie conserve le désir du désir insatisfait au travers la création<sup>(34)</sup>. Elle lutte contre la mort, et par conséquent le plaisir n'est pas à consommer, il faut le maintenir et refuser la jouissance. Dans sa célèbre méditation sur la mort, dans Au delà du principe de plaisir<sup>(21)</sup>, Freud en arrive à la conclusion que le plaisir est au service de la mort, parce que fruit d'une réduction des tensions et d'un retour à l'homéostasie<sup>(21)</sup>. L'organisme se maintiendrait en vie en contenant et en différent le plaisir. L'hystérique à travers le symptôme différencierait-elle le plaisir ?

Autrement dit, ce qui œuvre du côté de la vie rallonge par diversion le cycle de l'existence : naissance, vie, mort, et renaissance à partir de la mort. La vie est donc ce qui rallonge et diffère l'accomplissement de l'objet, ce qui retarde sa possession, ce qui se produit dès le sevrage. Toute la société, mais également tout sujet, qui assimile plaisir et capture de l'objet (donc sa consommation) est une société, qui insidieusement, place la mort en position centrale. La société de consommation qui cherche à tout prix à accélérer le cycle de l'objet et dans le même temps à abolir toute distance avec lui, pousse la question de l'objet à son extrême qui est la mort. De manière plus prosaïque « c'est le tout, tout de suite ». Cette immédiateté ne permet pas de différer le plaisir. D'où la multitude de symptômes affleurant dans nos sociétés modernes pour différer la mort, en refusant de consommer immédiatement le plaisir....

Nous avons ainsi abordé ces nouveaux symptômes qui refusent le plaisir, symptômes permettant au sujet d'exister. Nous avons tenté de décrire deux phénomènes l'anorexie et la fibromyalgie. Le premier pour nous figurer que le groupe social aurait centré la relation d'objet sur l'oralité. Le second phénomène, la fibromyalgie, ouvre une perspective différente. Elle inaugure une ère nouvelle de l'expression singulière de l'hystérie.

## 6. Lecture contemporaine :

Qui dit lecture, implique de connaître l'auteur de cette lecture, et les outils de son époque qu'il utilise. Cette question de la lecture contemporaine d'un phénomène quel qu'il soit, en l'occurrence l'hystérie, amène à comprendre le contexte social dans lequel le phénomène se déroule. En effet, le sujet hystérique et le lecteur vivent, créent un lien en interaction au travers une rencontre. Nous aborderons dans un premier temps les outils nécessaires, mais non exclusifs à cette lecture, et, d'autre part la question de la société dans laquelle se déroule l'utilisation de ces outils.

### 6.1 Les outils : Le thérapeute, le cadre :

Un des lecteurs, le médecin, fera cette lecture contemporaine et ceci dans un cadre analytique. L'hypothèse de Gilliéron<sup>(31)</sup> est de considérer le cadre analytique comme un cadre « expérimental<sup>(31)</sup> » à l'intérieur duquel le psychanalyste et son patient vivent une expérience spécifique. La relation thérapeutique est contenue dans un cadre qui lui donne sens. C'est par rapport à ce contexte que le patient doit se situer psychiquement : c'est par rapport à lui qu'il va mobiliser ses défenses. Dans la rencontre médecin malade, le patient arrive à rencontrer le psychothérapeute, il amène avec lui, tout comme le médecin, des éléments externes susceptibles de l'influencer, ainsi il viendra à parler de son monde intra subjectif.

Toute relation psychothérapeutique se fonde sur deux types d'agents dynamiques suivants : le cadre<sup>(32)</sup> et la relation<sup>(31)</sup>.

#### a) Le cadre

Définir le cadre permet de comprendre le mouvement endopsychique du patient.

En effet, la fonction du cadre est de favoriser l'épanouissement de l'aptitude au transfert<sup>(32)</sup>. On attend du patient qu'il projette sur le thérapeute ses images internes<sup>(32)</sup> ou, plus simplement encore, qu'il établisse avec le thérapeute, une relation issue de son propre imaginaire et non fondée sur la personnalité réelle du thérapeute<sup>(32)</sup>. Le patient doit « inventer<sup>(31)</sup> » le personnage du thérapeute.

Le cadre délimite un espace, dans lequel se meuvent le thérapeute et patient. C'est celui de l'imaginaire, du « comme si ». Ce sont essentiellement les règles qui vont le définir, car le cadre détermine un jeu<sup>(32)</sup>, le « jeu du désir ». Cet espace, où les désirs vont devenir des souvenirs, est donc délimité d'une part par un ensemble de règles qui transgressent<sup>(32)</sup> délibérément les règles socioculturelles généralement admises, ce qui constitue le cadre « abstrait<sup>(32)</sup> », et d'autre part par un dispositif spatio-temporel<sup>(33)</sup>, qui soutient le cadre abstrait. Le cadre délimite un temps et un milieu de rencontre et il précise la nature de la relation.

#### b) La relation :

La règle fondamentale du jeu analytique la règle d'abstinence<sup>(32)</sup>. Cette règle comporte deux aspects : la neutralité du thérapeute<sup>(32)</sup> et la frustration objectale<sup>(32)</sup>. La neutralité vise à fournir un « écran » pour ses projections, la frustration vise à bloquer l'issue pulsionnelle par recours à l'objet. Le deuxième aspect selon Gilliéron touche la problématique des interactions, au sens d'action réciproque. En effet, la frustration objectale est une action de

blocage visant à l'activation fantasmatique : il s'agit de favoriser la rêverie. En ceci, le thérapeute exerce une influence sur le patient. En contrepartie, la résistance du patient consiste à rechercher au contraire des gratifications de son thérapeute en luttant contre la neutralité et l'abstinence.

Toute relation humaine se fonde sur la parole, le contrôle du regard et l'action. L'équilibre psychique implique toujours un double étayage<sup>(31)</sup> au moins : l'étayage fourni par l'organisation endopsychique et l'étayage objectal, à savoir la « réponse » donnée par l'objet externe. D'où l'importance du face à face qui favorise le transfert et l'identification projective. Le patient rêve d'obtenir du thérapeute ce que ses parents ne lui ont pas donné et craint de se voir imposer par le thérapeute des frustrations réelles ou imaginaires qu'il a subies dans le passé<sup>(31)</sup>.

Le cadre de la rencontre médecin malade permet une lecture, c'est à dire dégager, le fonctionnement psychique du patient. Gilliéron insiste sur les caractéristiques dynamiques<sup>(31)</sup> du processus thérapeutique, ces dernières concerneraient les aspects spécifiques du transfert et des résistances en psychothérapie, sur lesquels se fonde la focalisation<sup>(32)</sup>. La focalisation par le patient correspond au fait que le patient suit spontanément un fil conducteur inconscient très cohérent.

## 6.2 la société

Le groupe social influencerait les manifestations conscientes et inconscientes de l'individu. Un nouveau type de malaise dans la civilisation nous guiderait, malaise dont il faudrait expliciter les ressorts et les transformations depuis celui décrit par Freud, dans son ouvrage de 1929.

### a) Malaise dans la civilisation<sup>(20)</sup> :

Dans Malaise dans la civilisation<sup>(20)</sup>, Freud nomma « échafaudage de secours<sup>(20)</sup> », les stratagèmes employés par l'homme pour s'accommoder des aléas de sa condition. Parmi ceux-ci, sont citée pêle-mêle une série de comportements, d'émotion, de conduite et surtout la fuite dans la maladie<sup>(20)</sup>. Ce qui intéresse Freud dans ce texte, c'est le long cheminement civilisateur qui impose une restriction de la vie sexuelle au profit d'une vie culturelle et sociale, un renoncement pulsionnel au profit du développement de la conscience. Ce cheminement civilisateur est concomitant de l'émergence d'un surmoi<sup>(20)</sup> et du sentiment de culpabilité<sup>(20)</sup>.

Freud a fait des névrosés et de la névrose hystérique en particulier, des maladies de la civilisation<sup>(37)</sup>. Ces névroses apparaissent au sein d'un contexte culturel et social dans lequel prédomine un lien social de type autoritaire, paternaliste (la loi du père est religieux). Les troubles de conduites alimentaires seraient-elles un nouvel échafaudage de secours comme une fuite dans la maladie ? N'est-il pas là un nouvel enjeu social autour du corps, corps féminin en particulier, socialité du corps. Elles se constituent par des points de rencontre entre l'intime et le social<sup>(37)</sup>, entre l'espace public et la sphère privée<sup>(37)</sup>, et surtout les soutiens une modalité essentielle de relation à l'autre.

### b) Nouveaux malaise dans la société actuelle ?

Un nouveau type de répression sociale entraînerait peut-être une nouvelle donne psychopathologique et une nouvelle fuite dans la maladie, donc de nouveaux échafaudages de secours<sup>(20)</sup>, tel que l'anorexie mentale, forme clinique de l'hystérie, nous disait Lasègue, ou bien la fibromyalgie, que nous avons décrite précédemment.

Enfin, cette société de consommation, régulant chaque jour davantage notre quotidien tend à effacer la singularité de l'être. Cette normalisation, cette indifférenciation des valeurs<sup>(37)</sup>, de la sexualité, cette tendance à vouloir tout normaliser ne déclencherait-elle pas des symptômes divers, plus ou moins brillants, mais s'inscrivant dans cette normalisation ? L'individu souhaiterait alors se distinguer, mais modérément au regard d'une société normalisatrice<sup>(37)</sup>.

### c) Nouvelle maladie? Nouvelle dénomination ? Nouvel étayage objectal<sup>(31)</sup> ?

Ian Hacking évoque dans Les Fous voyageurs<sup>(30)</sup> le contexte socio-culturel dans lequel naît la nosographie. Parlant de la fugue du 19<sup>ème</sup> siècle, qui n'étaient pas moins des cas d'hystérie, il évoque le concept de maladie mentale transitoire<sup>(30)</sup>. L'émergence de fibromyalgie, de troubles fonctionnels intestinaux, de spasmophilie, la recrudescence de l'anorexie n'amènerait-elle pas au même concept de maladie mentale transitoire ? Mais n'est-ce pas encore la plasticité de l'hystérique à l'œuvre ?

Ces maladies mentales transitoires appartiennent à un lieu et à une époque donnés avant de disparaître peu à peu. Ce type de folie n'existe qu'à certaines époques et dans certains endroits. S'agit-il, en parlant de l'hystérie, d'un trouble mental réel ou d'un artéfact de la psychiatrie suscité par une culture qui tient à médicaliser le moindre désagrément perturbant l'entourage...et tous les pouvoirs imaginaires? S'agit-il d'une construction sociale? En effet, soit le trouble est iatrogène, causé par le médecin lui même; soit il est ingénieusement provoqué par un système de croyances cultivées par le thérapeute et les médias. Un Article du New York Times de Février 1997, mentionnait : «Les bizarreries et les singularités peuvent être des maladies<sup>(30)</sup>»

Ces questions en introduisent d'autres :Quelle est la légitimité d'un trouble psychiatrique? En quoi est-il naturel, réel, en somme une entité pleine et entière ?

Le philosophe Hilary Putman parlait de «l'erreur philosophique commune consistant à supposer que la réalité doit signifier une chose supérieure et unique, au lieu de regarder diverses façons dont nous renégocions et sommes contraint de renégocier à l'infini notre notion de la réalité à mesure qu'évoluent notre langage et notre vie<sup>(30)</sup>».

Cette « niche écologique<sup>(30)</sup>», reprenant les mots de Ian Hacking est désormais sous le primat de l'oralité et de la dévoration dans cette société de consommation. Elle est passée d'un paternaliste autoritaire au réflexe consumériste, et consacre la primauté de l'objet oral, fondamentalement régressif.

## Conclusion

Notre périple s'achève ! La lecture contemporaine de l'hystérie nous a amené à voyager. Parcourant l'histoire, nous avons retracé ses fondements. Progressivement, elle s'individualise. Oui, il s'agit bien d'une naissance, mais certainement pas celle de l'hystérie. Car l'hystérie serait contemporaine de la genèse de l'humanité. Il s'agit de la naissance de la psychanalyse, l'hystérie a construit l'épistémologie de cette discipline. L'hystérie est bien un voyage intérieur, psychanalytique et contemporain. Ce cheminement intérieur confronte trois personnages sur scène : le maître, l'hystérique et le groupe social. L'étayage objectal vient articuler la réunion de ces trois acteurs. Naîtra de cet échange, et de ces interactions, la figure contemporaine de l'hystérie. L'hystérie se meut, se manifeste dans cette rencontre. Nous l'entendrons d'autant plus que nous ne saurons pas l'écouter, aussi tente-t-elle d'entrer en communication avec nous.

Figure mobile, fantasque, indisciplinée, insaisissable, aux apparitions multiples et trompeuses, cet indocile personnage nous interroge dans sa signification, sa douleur bien réelle. La mobilité du symptôme, la plasticité de sa présentation, une fois démon, une fois revendicatrice de la figure féminine nous interpelle, mais en filigrane, ne percevons-nous pas la même crise hystérique ? La même crise disais-je, mais dont l'habit, la parure, diffèrent au gré des époques. La charpente de l'édifice est partout la même, l'ornementation seule varie.

Le mouvement serait une ressemblance qui caractériserait ces voyageurs, hystériques et maîtres. Ce déplacement s'oriente vers une espérance, une quête jamais satisfaite. L'explorateur, qu'il soit lecteur ou hystérique est à la recherche de son monde perdu, en quête d'un eldorado : désir d'incomplétude, désir interdit, afin de préserver en permanence la recherche d'une complétude, et du maintien d'un désir non consommé par crainte qu'il ne s'éteigne.

Il se déplace notre globe trotter ! Ce mouvement n'est pas sans nous rappeler le symptôme migrateur. Il émigre au gré des théories, de la matrice au cerveau, il immigre également en terre inconnue, il change de nom, il s'immisce parmi les entités nosographiques, dont la reconnaissance par le groupe social est de plus en plus contingente. Ce voyageur, ce fugueur, empreinte rarement les chemins battus, il erre au gré des dissonances, des vogues, des représentations. Il se transforme. Il se métamorphose et prend l'apparence de troubles fonctionnels intestinaux, de spasmophilie, de fibromyalgie, de dépression....il épouse à la fois la nosographie contemporaine et à la fois crée une typologie singulière, qui n'appartient qu'à elle. Ceci pour marquer son ambivalence, sa différence, sa singularité !

Le voyage n'est-il pas ce nouvel échafaudage dont parlait Freud. La transformation du statut de la femme depuis la naissance des mouvements féministes vers les années 1893, pourrait avoir contribué à l'éclatement de l'hystérie. On a soutenu, au début du siècle, que les grandes manifestations ouvrières pouvaient être qualifiées d'hystérie collective et qu'elles permettaient par conséquent de faire l'économie de l'hystérie individuelle. Cette interprétation pourrait s'appliquer aux explosions d'émotions collectives des manifestations sportives ou artistiques. C'est le retour à la catharsis du théâtre grec.

Ce type d'interprétations revient à soutenir que l'hystérie est le produit d'une répression exercée sur la libre manifestation des émotions, des pulsions et des instincts. L'érosion des structures autoritaires ou coercitives en laissant le sujet s'exprimer librement, en particulier dans son comportement sexuel, rendrait superflu le recours à des forces substitutives ou symboliques.

Avec le développement de la mass média, la société dans son ensemble s'est « hystérisée » ; la vie quotidienne tend à se transposer sur une autre scène, dans le monde du spectacle. L'hystérique aurait-elle trouvé une nouvelle scène, celle des plateaux télévisuels ?



L'hystérie malade, c'est l'hystérie brimée, martyrisée, vaincue, que Lucien Israël appelle « l'hystérie dépassée<sup>(34)</sup> ». Avant ce dépassement, l'hystérie n'est pas encore du domaine médical, mais elle incarne une des formes de la résistance au monde autoritaire, au monde de l'argent et du pouvoir.

## Bibliographie :

1. Bergeret J., Psychologie pathologique, théorie et clinique, 9<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris, 2004.
2. Bourgeois M., la mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine, présentation et justification, Communication, Société Médico-psychologique, 1988, 552-562.
3. Deniker P., Lempérière Th, Guyotat J., Précis de psychiatrie clinique de l'adulte, Masson, Paris, 1989
4. Dialogue avec l'insensé, L'âme, la femme, le sexe et le corps, les métamorphoses de l'hystérie à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, mars 1983, p215-236.
5. Dolto F, Sexualité féminine, Editions Gallimard, 1996.
6. DSM IV, Masson, Paris, 1996.
7. Escandre M., L'hystérie, EMC, Paris, 37-340-A-10, 1996.
8. Freud S., Breuer J., Etudes sur l'hystérie, Paris, Presses Universitaires de France, 1956.
9. Freud S., Les psychonévroses de défense (1894), Névrose, psychose et perversion, Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
10. Freud S., Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense (1896), Névrose, psychose et perversion, Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
11. Freud S., L'étiologie de l'hystérie (1896), Névrose, psychose et perversion, Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
12. Freud S., Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité (1908), Névrose, psychose et perversion, Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
13. Freud S., Considérations générales sur l'attaque hystérique (1909), Névrose, psychose et perversion, Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
14. Freud S., Névrose et psychose (1924), Névrose, psychose et perversion, Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
15. Freud S., La perte de la réalité dans la névrose et la psychose (1924), Névrose, psychose et perversion, Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
16. Freud S., Pour une théorie de l'attaque hystérique (1892), Résultats, idées, problèmes, Paris, Presses Universitaires de France, 1984.
17. Freud S., Charcot (1893), Résultats, idées, problèmes, Paris, Presses Universitaires de France, 1984.
18. Freud S., Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices et organiques (1893), Résultats, idées et problèmes, Paris, Presses Universitaires de France, 1984.
19. Freud S., Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora) (1905), Cinq psychanalyses, Paris, Presses Universitaires de France, 1954.
20. Freud S., Malaise dans la civilisation, Paris, Presses Universitaires de France, 1971.

21. Freud S., Au delà du principe de plaisir, Essai de psychanalyse, Edition Payot, Paris, 2001, p 49-128.
22. Freud S., Pulsions et destin des pulsions, Métapsychologie, Gallimard, Paris, 2003.
23. Freud S., La disparition du complexe d'œdipe(1914), trad. J.Laplanche, La vie sexuelle, Paris, PUF, 1970.
24. Freud S., Trois essais sur la théorie sexuelle, Gallimard, Paris, 1987.
25. Freud S., Le Rapport sur mes études à Paris et Berlin de 1886
26. Freud S., Totem et tabou, Edition Payot, Paris, 2001.
27. Freud S., Un enfant battu, Névrose, psychose et perversion, Presse universitaire de France, Paris, 1985, p 219-243.
28. Gay Peter, Freud, une vie, Hachette, 1991.
29. Golse B., Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, 3 ème édition, Masson, Paris, 2001.
30. Hacking I., Les Fous voyageurs, Les empêcheurs de penser en rond, Le Seuil, mai 2002.
31. Gilliéron E., Le premier entretien en psychothérapie, Dunod, Paris, 2004.
32. Gilliéron E., Guérir en quatre séances psychothérapeutiques ? Changement initial et psychothérapie analytique, Psychothérapies, 1990, n°3, pp 135-142.
33. Gilliéron E., Cadre et processus, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, n°18, 1992 pp 77-86.
34. Israël L., L'hystérique, le sexe et le médecin, Masson, Paris, 2001.
35. Jacobsen M.B., Folie à plusieurs, de l'hystérie à la dépression, Les empêcheurs de penser en rond, Le seuil, mars 2002.
36. Sordet-Guepet H., L'insaisissable fibromyalgie, L'évolution psychiatrique, 2004, 69.
37. Mace J.C., Hysterical conversion, British Journal of Psychiatry, 1992, 161, 369-377.
38. Trillat Etienne, L'histoire de l'hystérie, Editions Seghers, Paris, 1986.
39. Vincent T., L'anorexie, Editions Odile Jacob, paris, Octobre 2000.
40. Wildöcher D., Concept de névrose, EMC, 1998, Paris, 37-300-A-10.
41. Winnicott D.W., Objets et phénomènes transitionnels, Jeu et réalité, Editions Gallimard, 1975.

