



HAL
open science

Approche phénoménologique de l'hystérie

Matthieu Beaumont

► **To cite this version:**

Matthieu Beaumont. Approche phénoménologique de l'hystérie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. <dumas-01808203>

HAL Id: dumas-01808203

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01808203v1>

Submitted on 5 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2017

N°2017-71

APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE DE L'HYSTERIE

THESE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT, SPECIALITE PSYCHIATRIE)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE JEUDI 29 JUIN 2017

PAR

Matthieu BEAUMONT

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Leonardo ESPEJO-FLORES

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2017

N°2017-71

APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE DE L'HYSTERIE

THESE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT, SPECIALITE PSYCHIATRIE)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE JEUDI 29 JUIN 2017

PAR

Matthieu BEAUMONT

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Leonardo ESPEJO-FLORES

A Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et soyez assuré de ma plus grande considération.

A Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Responsable du groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale

Chef du Service d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux Pédiatrique

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Avec gentillesse, vous avez accepté d'estimer ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes respectueux remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur régional du DES de Psychiatrie

Vous m'honorez en évaluant ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère

gratitude et soyez assuré de ma plus profonde considéra-
tion.

A Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Chef du Service Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux

Pôle Autonomie

Avec amabilité, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et soyez assuré de ma plus profonde considération.

A Monsieur le Docteur Leonardo ESPEJO-FLORES

Praticien Hospitalier

Responsable de l'Hôpital de Jour de Psychiatrie Adulte

Centre Hospitalier d'Abbeville

Vous avez accepté de diriger ce travail et je vous en remercie. Grâce à vous, j'ai pu découvrir des contrées de la psychiatrie qui m'étaient inconnues.

Merci de vos conseils et de votre temps.

Podemos seguir cazando ballenas... (Pardonnez mon espagnol googliens...)

A toi, ma Clarisse, pour ta présence, ton soutien, tes conseils, tes relectures (oups pour les fautes !). Sans toi, jamais je n'aurais pu faire ce travail. Je ne sais comment te remercier. Merci d'avoir été là, de m'avoir supporté dans les moments où j'étais particulièrement teigneux et ronchon. A nous le début d'une nouvelle vie en Corrèze... Je t'aime, je t'aime, je t'aime ma mouette !!!

A mes deux kawiks, Pierre et Madeleine, mes deux enfants chéris !! Vous m'avez donné la force de faire ce travail avec vos rires et vos câlins ! Je vous aime plus que tout.

A mes parents, vous avez toujours été là pendant toutes ces années d'études qui se terminent bientôt. Sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour tout ! Je vous aime tous les deux !

A Hamza et Marie, merci d'avoir pris le temps de relire ce travail et de m'avoir apporté vos conseils ! En espérant que vous nous suiviez dans nos aventures corréziennes !

A Gaëtan et Carolina, mes deux meilleurs co-internes. Vous êtes devenus pour moi des amis proches ! Merci de tous ces moments passés ensemble. A très vite chez nous, à Brive.

A mon frère Olivier et ma sœur Stéphanie, vous aussi avez toujours cru en moi. Je vous aime fort tous les deux.

Aux Docteurs Yon et Tirel, vous m'avez beaucoup appris sur la psychiatrie mais aussi sur les patients. Je vous en remercie. En espérant vous revoir à Brive !!

A nos patients, qui nous enseignent chaque jour.

« L'hystérique est comme une actrice en scène, mais ne le lui reprochons jamais, car elle ne sait pas qu'elle joue »

Dubois de Berne

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	19
INTRODUCTION	23
A) HISTOIRE DE L’HYSTERIE	25
I) INTERET D’UNE REVUE HISTORIQUE	25
II) L’ANTIQUITE	25
a) Hippocrate et Platon.....	25
b) Arétée de Cappadoce	26
c) Soranus.....	27
d) Galien.....	28
e) L’héritage médico-philosophique	29
III) LE MOYEN AGE	29
IV) DE LA RENAISSANCE (XV^{ème} – XVI^{ème} siècle) A MESMER	30
a) Sydenham.....	30
b) Mesmer	32
V) LA PERIODE ROMANTIQUE ET POST-ROMANTIQUE (FIN XVIII^{ème} – PREMIERE MOITIE DU XIX^{ème})	32
a) Les aliénistes : Pinel et Esquirol	33
b) Briquet.....	33
c) Lasègue	34
VI) LA SECONDE MOITIE DU XIX^{ème} SIECLE	35
a) Charcot.....	35
b) Bernheim.....	38
c) Janet	38
d) Babinski	39

VII)	FREUD	39
VIII)	L'HYSTERIE DANS LES CLASSIFICATIONS	42
B)	PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHANALYTIQUE	44
I)	LA CONVERSION	44
II)	THEORIE DE LA FIXATION	45
III)	QUESTIONS EMANANT DE L'OEDIPE	46
IV)	LES PSYCHANALYSTES POST FREUDIENS	47
C)	POUR UNE CONCEPTION PHENOMENOLOGIQUE DE L'HYSTERIE	49
I)	GENERALITES	49
II)	PHENOMENOLOGIE ET PSYCHIATRIE	50
III)	L'HYSTERIE DANS LES MANUELS DE PSYCHIATRIE	52
IV)	UNE QUESTION D'IDENTITE	53
	a) L'identité comme idem	54
	b) Qu'est-ce que l'ipséité ?.....	55
V)	LE LIEN AVEC L'HYSTERIE	56
	a) Une défaillance de la dialectique ipse-idem	56
	b) Un défaut de l'attestation	57
VI)	L'INAUTHENTICITE	58
	a) La Soumission au « On »	58
	b) Temporalité et identité	60
VII)	HYSTERIE ET « HYPER-EXPRESSION »	60
VIII)	UNE IMPULSIVITE HYSTERIQUE ?	62
IX)	QUID DES MANIFESTATIONS CORPORELLES DE L'HYSTERIE ?	63
X)	HYSTERIE ET SEXUALITE	63
XI)	LIMITES DU CONCEPT	64
XII)	UN TYPE HYSTERIQUE ?	65
XIII)	L'HYSTERIE N'EST PAS SYNONYME DE PATHOLOGIE	67

DISCUSSION	68
CONCLUSION.....	71
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	72

INTRODUCTION

Depuis des milliers d'années, les hommes, médecins ou non, se sont retrouvés confrontés à l'hystérie. En fonction des époques et des croyances, les médecins ou psychiatres, ont tenté d'en fournir des théories explicatives afin d'en déchiffrer l'ensemble des manifestations cliniques. De nos jours, évoquer l'hystérie fait jaillir de nombreux sentiments, comme le rejet, la fausseté. De nombreuses personnes, parfois mêmes averties, désignent le sujet hystérique en des propos péjoratifs. Le terme est tombé dans le domaine public et a subi une altération de son sens. En effet, celui-ci tend même à perdre sa neutralité scientifique pour reprendre un statut péjoratif d'insulte ou d'injure populaire.

Pour les psychiatres également, l'hystérie est devenue un concept flou. Elle est séparée en plusieurs syndromes autonomes par les découpages catégoriels et nosographiques qui font partie des classifications des troubles mentaux. Parfois même, le diagnostic d'hystérie sert encore à expliquer de manière expéditive un tableau clinique, un comportement déplaisant et à rejeter un malade embarrassant. Il est vrai que la dénomination d'hystérie ne semble plus pertinente et ne corresponde plus, à l'heure actuelle, à une dénomination scientifique de cette entité nosographique, et des multiples manifestations qu'elle comporte. Néanmoins, cette appellation reste présente dans la culture et le vocabulaire quotidien des médecins, et c'est pour cette raison que nous garderons cette expression comme référence au travers de ce travail.

L'hystérie fait allusion, avant tout, à une façon d'être, à un mode de présence, à un mode d'interaction, à un fonctionnement révélateur d'un être au monde. Dans notre pratique de cliniciens, ces éléments sont toujours présents. En effet, ce personnage, cet hystérique, joue l'acteur. L'histriion est ce mauvais acteur mais il reste quoiqu'il en soit acteur. Et qui dit acteur dit jeux de rôles, emprunt des traits d'autres personnages. Dans son théâtre de vie, cette figure humaine exprime une souffrance. Cette figuralité hystérique, nous y reviendrons, cette expressivité est une sorte d'appel au monde.

Cette présence hystérique exprime un noyau existentiel qui n'est pas décrit par tous les courants et approches théoriques qui font référence en psychopathologie. La phénoménologie psychiatrique apparaît être une approche assez singulière, qui a permis une meilleure compréhension des troubles psychiatriques, notamment en ce qui concerne la psychose. Nous avons

souhaité prendre cette approche comme référence, à partir des apports de certains théoriciens, pour appréhender et proposer un abord phénoménologique de la clinique de l'hystérie.

Mais en premier lieu, afin de pouvoir repérer les traits constants de l'hystérie malgré ses métamorphoses, nous allons effectuer un voyage à travers le temps, en revisitant ce qu'a été l'hystérie jusqu'à récemment.

A) HISTOIRE DE L'HYSTERIE

I) INTERET D'UNE REVUE HISTORIQUE

Afin de pouvoir mieux appréhender l'actuel, il est nécessaire de comprendre d'où nous partons. Le présent se construit sur une base de données issue du passé, de l'histoire du sujet. Il apparaît nécessaire de comprendre quelles ont été les constructions sociales à partir desquelles se forge le contemporain, et en l'occurrence, notre vision et compréhension de l'hystérie. L'histoire de la médecine, c'est aussi l'histoire de l'hystérie, à partir du jour où quelqu'un a pris en compte les souffrances de ses semblables. Nous allons retracer les cheminements de la conception de l'hystérie au travers des époques et des courants de pensée. Ce retour sur le passé souligne le caractère changeant de cette grande névrose mais évoque aussi les différentes théories étiologiques. Ces conceptions se transforment, migrent au gré des siècles et des hypothèses échafaudées par les hommes.

Savoir, connaître, comprendre sont des qualités exigibles de tous scientifiques, y compris des médecins. Or, l'hystérique bouleverse le confort du savoir et la sécurité des connaissances. En effet, c'est l'hystérique qui nous enseigne et nous renvoie à l'insuffisance de tout savoir. Cela conduit trop souvent à des situations complexes, parfois désastreuses entre quelqu'un qui affirme le savoir, le médecin, et l'hystérique qui nous montre que savoir n'est que lacune et incomplétude.

II) L'ANTIQUITE

a) Hippocrate et Platon

Le terme d'hystérie provient du grec *hystera* signifiant « matrice » ou « utérus ». Les premières descriptions de ce qui sera nommée « hystérie » apparaissent environ deux millénaires

avant J-C., en Egypte ancienne [1]. Les troubles décrits, variés, étaient attribués à la migration de l'utérus vers le haut du corps. Hippocrate a repris cette idée, à savoir que l'utérus est un organisme vivant analogue à un animal doué d'une certaine autonomie et d'une possibilité de déplacement à la faveur de certaines circonstances. Il explique cette migration par la « suffocation de la matrice », due à l'absence de rapport sexuel, soulignant un lien possible entre le symptôme et ce qui allait devenir, bien 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 » [1].

Même si la description clinique reste rudimentaire, on peut y trouver la préfiguration de la crise hystérique.

Dans *Le Timée* [2], Platon expose une réflexion sur l'origine et la nature du monde physique et de l'âme humaine vues comme les œuvres d'un créateur tout en abordant les questions de la connaissance scientifique. Il va considérablement influencer les théories médicales jusqu'au XVII^{ème} siècle. Selon lui, trois sortes d'âmes se dessinent: immortelle qui siège dans le cerveau, virile qui se trouve dans le thorax et enfin, l'âme animale qui siège dans les viscères. La matrice, l'utérus, siège en dessous du bas ventre, nous sommes alors dans l'animalité pure. Comme les animaux, la matrice n'a pas d'âme et n'est donc plus contrôlée par la hiérarchie des âmes. Il y aurait donc, au sein des femmes, un animal qui n'a pas d'âme. On rapproche la femme de l'animalité pour insister sur le fait qu'elle n'est pas l'égale de l'homme. Elle n'est pas une créature de Dieu. Voici le statut de la femme, et notamment de la femme hystérique. L'hystérie pose une énigme au philosophe comme au médecin. Elle ne s'intègre pas dans quelques corps de doctrines. On importe donc des croyances anciennes, des corps étrangers au sein de la doctrine, comme l'utérus l'est au corps de la femme.

b) Arétée de Cappadoce

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* [3] est paru dans sa langue originale à Paris en 1554, et a été repris et traduit en français en 1834. L'auteur y mentionne :

« 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» [3].

Fait nouveau, il distingue le caractère aigu et chronique des maladies. Il classe bien sûr « la suffocation de la matrice » dans les maladies aiguës et la distingue de l'épilepsie. Cependant, il persiste sur l'idée d'une migration de l'organe utérin.

Il évoque de manière très succincte la possibilité d'une hystérie masculine qu'il dénomme « Catoche ». Chez Aristote et dans sa forme adjectivale, ce mot signifie « possédé ou inspiré par un démon ». Il se dessine les prémices d'une image maléfique, d'une dépossession du sujet non maîtrisable selon un ordre religieux établi. Cette représentation sera très présente bien des siècles plus tard, au Moyen Âge.

c) Soranus

Gynécologue-obstétricien, originaire d'Ephèse, Soranos (devenu Soranus en latin) arrive à Rome à la fin du I^{er} siècle de notre ère. Anatomiste averti, il est le premier à s'opposer à la théorie de l'animal migrateur de l'hystérie : « L'utérus n'est pas un animal. Il n'est pas un corps étranger » [4]. L'œuvre de Soranus fait figure de prélude aux théories freudiennes, à savoir qu'une pulsion de mort [5] fait partie des propriétés 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.

Soranus attribue, comme seule cause à cette affection, 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. » [4].

Les travaux de Soranus marquent une étape importante dans l'histoire de l'hystérie. L'utérus n'est donc pas un petit animal vorace. Il fait partie de la femme, il lui appartient. La sexualité n'est plus dominée par cet étrange animal. La femme a des désirs, et notamment 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) Galien

Galien est considéré comme l'un des principaux fondateurs des grands principes de base sur lesquels repose la médecine européenne. Les textes s'intéressant à l'hystérie se trouvent dans son traité *Les Lieux affectés* [6]. Le terme hystérie n'est pas le terme médical de l'époque. Il s'agit d'un terme vulgaire, réservé aux matrones, pour désigner ce que les médecins appellent « suffocation ». Galien ne nous laisse qu'une description clinique pauvre, bien qu'il distingue trois formes d'hystérie : la forme léthargique, la suffocation et la forme motrice. Cependant, sa contribution sur le plan étiologique est notable. En plus de confirmer l'hypothèse de Soranus sur l'absence de migration de l'utérus, il développe pour la première fois une théorie sexuelle ou séminale de l'hystérie.

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 Galien souligne l'abstinence sexuelle et soulève l'interrogation de la femme devant la sexualité. Insatisfaite de sa sexualité, de ses affects, ses émotions ...et de tous les domaines de la vie de relation : une maladie de la relation se dessine.

e) 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 Galien, l'épilepsie est due à la rétention du « pneuma psychique » (vestige de vieilles théories pneumatistes) dans un encéphale encombré par les humeurs [1]. 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.

Cet arrêt historique dans l'Antiquité permet d'entrevoir un questionnement important autour du phénomène « hystérie ». Ces praticiens ont déjà pu remarquer son caractère insaisissable à travers leurs tentatives d'explication. Toutefois, Galien interroge, à demi-mot, le lien entre hystérie et relation, c'est-à-dire ce que ressent l'hystérique lorsqu'il est confronté à l'autre. Peut-être peut-on y voir les prémices d'une vision phénoménologique de la figuralité...

III) LE MOYEN AGE

Comme dit précédemment, l'hystérique devient un mal sacré, le diable, le père de l'hystérie [1]. L'un des atouts du malin est de tromper, et nous montrerons par la suite que, pour Sydenham, le caractère essentiel de l'hystérique est de tromper le médecin, de simuler des maladies, pour se donner pour ce qu'elle n'est pas. Ces concepts anciens incarnent encore notre pensée actuelle.

Au XV^{ème} siècle, la chasse aux sorcières [1] reçoit son mode d'emploi (*Le Malleus Maleficarum*). Ce livre va servir de bible afin d'identifier et de démontrer la possession démoniaque de

ces femmes, dénommées sorcières. La guerre entre théologiens et médecins est à son paroxysme. La médecine tente alors de se détacher de la religion.

Wier [1] va défendre l'antithèse de cette version diabolique qui fait passer l'hystérique pour vecteur d'un discours dogmatique. Il est certain, en tout cas, que l'œuvre courageuse de Wier n'a pas suffi à freiner l'acharnement des juristes et des théologiens à purifier par le feu les malheureuses femmes « ensorcelées ».

IV) DE LA RENAISSANCE (XV^{ème} – XVI^{ème} siècle) A MESMER

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 ce qu'Hippocrate avait fait avec l'épilepsie : désacraliser l'hystérie [1]. Plus tard, à la fin du XIX^{ème} 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. Ces recherches, dont l'intérêt historique est certain, 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^{ème} siècle, on reste devant l'alternative : soigner ou punir. Dans les années 1660-1670, le temps des « démonologues », apologistes de la chasse aux sorcières [1], est bien révolu. 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

A la fin du XVII^{ème} siècle, l'hystérie revient au premier plan. Elle prend sa véritable dimension nosographique avec Sydenham dont l'autorité va s'étendre jusqu'au début du XIX^{ème} siècle. La nouveauté, un vrai schisme avec les concepts antiques, est proposée par Sydenham :

l'hystérie n'est pas une maladie comme une autre [1]. 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 et elle les imite toutes; elle en donne de toutes une image trompeuse. C'est la grande « fallace » [1], nous dit Sydenham. Cependant, elle reste une maladie, donc dans le domaine de la médecine. Là encore, Sydenham apporte un élément important : l'hystérique donne une « image », une représentation figurale, de certaines maladies, à l'observateur, donc aux autres. Peut-être ne veut-il pas « montrer » ce qu'il exprime uniquement à l'observateur, mais aussi à lui-même. Nous commençons à entrevoir un élément constant chez l'hystérique, à savoir l'importance qu'il attache à la représentation des autres.

Cependant, à cette époque, on lui admet un talent unique : celui de tromper. On s'évertue à rétablir cette aptitude dans l'espace médical, en lui appliquant les théories en cours. Voici la place qui est donnée à l'hystérie, somme toute assez équivoque : une maladie qui n'en est pas une, tout en l'étant...

On observe une ascension du siège de l'hystérie. Pour la première fois, et en rupture avec la tradition, le siège de la maladie hystérique va émigrer de l'utérus vers le cerveau. La théorie utérine ne va pas disparaître pour autant, puisqu'elle va trouver encore des défenseurs au début du XIX^{ème} siècle. En simplifiant, deux groupes d'auteurs peuvent alors être distingués : celui des spécialistes des maladies féminines (gynécologues, accoucheurs), partisans de la théorie utérine, et celui des neurologues (partisans de la théorie cérébrale).

La modification du siège de l'hystérie va avoir un retentissement considérable. En quittant l'ancre obscur de la fornication, le lieu du plaisir et du péché, l'hystérie va se déssexualiser [1]. Se trouvant désormais dans le lieu respectable de la réflexion, elle va se policer, acquérir de bonnes manières, emprunter des expressions qui conviennent aux femmes du monde. Alors que dans la théorie des vapeurs, l'hystérie se traduisait par des manifestations triviales, ces dernières ne sont plus maintenant qu'une sorte de vertige des sens, une émotion trouble mais pudique.

En plus de rassembler l'hypochondrie et l'hystérie, Sydenham voit dans cette dernière, une pathologie chronique et pas seulement des crises aiguës. 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 attribue-
ra à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie, des symp-
tômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique» [1].

Les théories de Sydenham transpirent l'antithèse du trop de soufre [1], des pensées lubriques, des désirs inavouables et du trop de concupiscence [1]. Serait-ce une coïncidence si l'absence de référence à tout usage de la sexualité a été faite par Sydenham, compagnon du puritain Cromwell ?

b) Mesmer

Médecin allemand, précurseur de l'application de l'hypnose, il apporte le magnétisme à l'hystérie. Il soigne « le mal par le mal » [1], grâce à des courants magnétiques. Il met en scène l'hystérique, notamment Mademoiselle Oesterline [1]: « la jeune fille est en syncope et en convulsion ». Il établit, face à un médecin perplexe vis-à-vis de ses théories magnétiques, que ce n'est pas l'aimant qui agit mais bien son corps magnétique. Il s'agit des prémices d'un protocole expérimental qui sera utilisé à l'illustre école de la Salpêtrière cent ans plus tard.

Cette crise, que nous pourrions peut-être nommer spasmophilique par anachronisme, montre la position au monde de l'hystérique : être ici au centre de la scène, au milieu des médecins, là où tout est à vivre avec plus d'intensité. Cette relation centralité-intensité, nous la développerons par la suite.

V) **LA PERIODE ROMANTIQUE ET POST-ROMANTIQUE (FIN XVIII^{ème} – PREMIERE MOITIE DU XIX^{ème})**

Durant cette période, les médecins qui s'intéressent à l'hystérie ne font que rejoindre l'imaginaire romantique en remplaçant 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 [1] : la femme muse, la femme ange et démon, la mère féconde, la vierge, la femme fragile et pas-

sive. Il faut également noter, de façon plus terre à terre, la découverte de l'ovulation par les scientifiques de l'époque et de ce fait, la mise en évidence du rôle créateur et actif de la femme dans la génération.

Dans *La Femme* (1859) [7], Michelet a tracé d'elle un portrait qui rejoint l'image type des descriptions médicales de l'époque. Curieusement, cette femme douce, aimante, séductrice, ravivant le désir de l'homme sans jamais le satisfaire, rejoint les descriptions qu'on donne actuellement de la femme hystérique.

a) Les aliénistes : Pinel et Esquirol

Pinel distingue l'hystérie de la « nymphomanie » ou « fureur utérine » [1]. Cette nymphomanie, équivalent féminin du « satyriase » se rapprocherait plutôt de l'accès maniaque. L'unique compromis, fait par Pinel à ses contemporains, est de classer l'hystérie dans la catégorie des « névroses ». Pinel continue de voir dans l'utérus le siège de l'hystérie, et d'attribuer, comme le faisaient Hippocrate et Galien, le déclenchement des accès à une « continence austère » [1]. Selon lui, le mariage est le meilleur remède de la maladie. A l'inverse, certains défendent la thèse neurologique, lui affectant une nouvelle terminologie : « névrospasme cérébrale » [1].

L'hystérie réside désormais dans l'appareil cérébro-spinal, siège des émotions et des mouvements. On tente de la dénommer « encéphalite spasmodique ». Cela ne serait sans nous rappeler l'actuelle spasmophilie, ou bien ce terme impropre qu'est l'« attaque de nerfs ». Tout en les 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 » [1].

b) Briquet

« Dans tout ce qu'on a écrit, il y a beaucoup plus d'imagination que de véritable nature, vie imaginaire intense dirions-nous de nos jours, ce que d'autres dénommerait "fantasmatisation" » [8].

Briquet insiste sur le fait qu'il s'agit d'une maladie comme une autre, et non d'une maladie honteuse ; « ça n'est pas Vénus tout entière à sa propre proie attachée » [1] nous dit-il. Il

trouve qu'elle constitue une pathologie dont tous les symptômes ont leurs équivalents dans l'état physiologique, et dont il est aisé de comprendre la nature, nature qui obéit à des lois déterminées.

Briquet était un généraliste peu accoutumé avec les névroses. Il a été le premier à attribuer un sens à la crise, sens qui 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 et surtout ce qui appartient aux autres. Elle reproduit même ce qui n'appartient à personne, ce qui se véhicule comme représentation collective. Pourrait-on commencer à entrevoir un noyau conceptuel phénoménologique? En effet, chaque époque est marquée de l'empreinte 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, libératoire et libératrice, défense contre l'oppression, expression détournée d'un refus, d'une protestation, sinon d'une souffrance [9]. L'image que véhicule la société actuelle n'est-elle pas pourvoyeuse de ses nouvelles formes d'hystérie, de nouvelles formes d'expression, de troubles fonctionnels divers et variés, expression d'un être en souffrance ?

c) Lasègue

« 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 » [1]. 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 » [1]. L'image de l'hystérie, un tout, reste éclatée, éparpillée dans toute la pathologie.

Cette position prise par Lasègue n'est pas sans nous rappeler la position actuelle face à l'hystérie dans les classifications internationales...

La tentative infructueuse de Lasègue marque une date dans l'histoire de l'hystérie, du moins en France. Les aliénistes vont écarter la grande névrose de leur champ d'investigation. L'hystérie ne peut entrer dans la pathologie mentale et elle reste à l'écart de la pathologie générale. A ce désamour, s'ajoute le fait que les hystériques perturbent l'ordre des services d'aliénistes avec leurs crises, leurs caprices, leurs comportements bruyants. 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. Charcot hérite alors de « quartier des épileptiques ». 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 va être tirée du côté de l'aliénation [1].

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, répondent-ils à une réalité clinique et nosographique ou ne sont-ils que le résultat d'approche différente ?

Hystérie insupportable, située entre la médecine d'une part, en tant qu'objet d'expérimentation pour les neurologues, qui s'affairent à décrire des tableaux, et les aliénistes d'autre part, qui n'acceptent que le versant le plus discordant de cette névrose. Personnage protéiforme, tel « le caméléon » de Sydenham [1] : ne parlons-nous pas de la même chose ? De la même position au monde donnant à voir, au gré d'un interlocuteur neurologue ou aliénistes ? Quelle sera la contribution de Charcot à la Salpêtrière ?

VI) LA SECONDE MOITIE DU XIX^{ème} SIECLE

a) Charcot

Charcot, père fondateur de la neurologie, s'attache à la neuropathologie. A l'époque, il s'intéresse aux « petits nerveux » qui consultent les neurologues, alors que les aliénistes explorent la psyché. Charcot utilise trois procédés dans sa démarche anatomo-clinique de typologie des maladies.

La photographie, dont l'intérêt au XIX^{ème} siècle apparaît pour les policiers, les scientifiques, est le premier de ces procédés. Pour Charcot, regarder, c'est comprendre (ou peut-être expliquer). *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 » [1]. Pour lui, si on hypnotise quelqu'un, il s'agit d'un hystérique. Sur cela, l'école de Nancy s'oppose à l'école de Charcot.

Enfin la troisième méthode : la présentation de malades. Il s'agit 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 histriodramatiques, de théâtralisme des descriptions contemporaines du *Diagnostic and Statistical Manual V* (DSM V) [10].

Charcot se retrouve face à l'hystérie, par hasard, lorsqu'il hérite du quartier des épileptiques où se trouvaient également les hystériques. Sous le vocable d'épilepsie simple ou « essentielle », on entendait celle qui, d'après Delasiauve, ancien médecin responsable de ce quartier, se manifestait seulement « par des déviations fonctionnelles, sans lésions, répondant à des simples souffrances nerveuses ». Ces dernières constituent, en un mot, une véritable névrose (terme donné par Cullen au XVIII^{ème}) [11].

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 va faire le reste.

Dès 1870, Charcot dresse le tableau clinique de la « grande hystérie », tableau qui va être retouché, enrichi, passablement compliqué et élargi par ses élèves. Il distingue quatre phases, décrites et reprises par Freud dans la nécrologie qu'il consacre au maître en 1893 [12]:

- 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 suivie d'une rigidité musculaire, cette phase est dite épileptique ou épileptoïde.

- La phase dite « clownique » ou « clonique » vient ensuite. 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 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. Comme nous l'avions évoquée précédemment, cette « attaque de Charcot » montre la position au monde de l'hystérique avec ses traits constants : l'hystérique est dépassé par sa quête d'intensité en lien avec l'expérience du contact (par exemple la présentation de malade..). Crise artificielle, car provoquée par la situation, mais, dans cette flamboyance hystérique, Charcot ne nous offre-t-il pas justement l'essence phénoménologique même de la présence hystérique ?

Mais revenons à Charcot. Il soumet l'hystérie à la méthode anatomo-clinique, qui la fait rentrer dans la science. Elle devient objet scientifique, faisant abstraction du sujet. Ce neurologue amène une description rigoureuse des signes positifs et négatifs, à savoir que la topographie des symptômes hystériques n'obéit pas à la distribution anatomique des nerfs. Il s'attèle à définir l'hystérie masculine, rattachée 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-saxonne de « *Railway spine* » puis de « *Railway brain*», par inflammation du cerveau [1].

De tous les travaux de Charcot sur l'hystérie, c'est incontestablement ceux qu'il a consacré à l'hystérie traumatique qui restent 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, tel un « corps étranger » décrit par Freud dans *Au-delà du principe de plaisir* [5]. L'état mental, au moment du choc, est comparé à un état hypnotique. C'est l'enseignement que Freud va retenir de son séjour à Paris.

b) Bernheim

A Nancy, en s'associant à Liebault (d'avantage guérisseur que médecin), Bernheim s'intéresse à l'hypnose. Ce dernier parle de l'hystérie de la Salpêtrière en « hystérie de culture » [1]. 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, il nous paraît important de souligner l'influence de la culture sur les théories scientifiques, et notamment médicales. Comme nous avons pu le constater, 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 », de l'hypnose, influencée par les théories alambiquées de Liebault [1]. En 1843, Braid invente le mot « hypnose », remplaçant désormais celui de magnétisme animal. Les symptômes hystériques sont pour lui le fruit de la suggestion. Cela renvoie au fait que le sujet hystérique serait influencé par l'autre (les autres), se retrancherait dans ce « les autres ». On distingue en pointillé une idée qui sera développée par Heidegger et que nous reprendrons pour évoquer l'inauthenticité.

c) Janet

Janet, élève de Charcot, confirme que l'hystérie de ce dernier était une hystérie de culture (rejoignant ainsi Bernheim) [1]. Il renvoie dos à dos ces deux protagonistes de l'hypnose. Entre Charcot et Bernheim, Janet ouvre une troisième voie, 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* [13]. Pour cet auteur, l'hystérie est une maladie ; l'explication de l'hystérie par la suggestion revient à nier ou gommer le caractère pathologique de l'hystérique. Janet s'attache au champ de conscience, cela transparait lorsqu'il distingue l'hystérie (rétrécissement du champ de la conscience) de la psychasthénie (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. 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 troubles dissociatifs de l'identité selon le *DSM V* [10].

d) Babinski

Elève de Charcot, il s'attache également à démembrer l'hystérie du maître. Ce démantèlement est similaire à celui effectué par le *DSM IV* [14]. Il remplace le terme d'hystérie par celui de pithiatisme [1], 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 guéris 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 ; et qu'on ne peut pas définir une classe morbide d'après les relations qui unissent le malade au médecin [15]. Dans *Folie à plusieurs* [16], Jacobsen reprend cette critique. Il 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 fondamental, puisqu'il détermine d'un côté un savoir et de l'autre une ignorance.

VII) FREUD

Il apparaît impossible d'évoquer l'hystérie sans évoquer la conception freudienne. L'hystérie est le parangon de la névrose. Elle a permis la création d'un nouveau courant de pensée : la psychanalyse. Ce paradigme s'est forgé au travers des rencontres de Freud, et notamment celle avec le professeur Charcot.

Cela a été un moment inaugural pour la psychanalyse car Freud a retenu de nombreuses leçons de son travail avec son maître. On note une évolution entre l'approche de Freud, l'écoute et celle de Charcot, le regard. Concernant Charcot, le travail clinique constituait son fer de lance, à savoir, voir et ordonner. N'en est-il pas de même avec notre approche actuelle du DSM: voir et ordonner ?

Freud va continuer à enrichir les leçons de Charcot sur l'hystérie. Dans son article *Hystéria*, il développe une conception originale qui sera reprise par la suite [17]. Les « signes physiques », présents dans l'hystérie, se distinguent de ceux observés dans les anesthésies ou pa-

ralysies d'étiologie organique. On peut voir l'esquisse d'un article, qui ne paraîtra qu'en 1893, mais dont le fondement avait pris forme lors de son séjour dans le service de Charcot :

« J'affirme que les lésions des paralysies hystériques doivent être tout à fait indépendantes 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 » [18].

La mobilité du symptôme et sa résolution grâce à la suggestion sont autant d'arguments pour éliminer une origine organique. Mais que dire du versant psychologique de l'hystérique ? La volonté et les sentiments sont tantôt inhibés, tantôt exaltés. Pour Freud, ces variations psychologiques seraient « des modifications de la distribution dans le système nerveux d'une quantité constante d'excitation » [18]. Cela préfigure le principe de constance décrit par Freud en 1920 dans *Au-delà du Principe du Plaisir* [5]. On peut remarquer qu'au travers de l'histoire, l'hypothèse fluidique a été très présente dans les théories explicatives de l'hystérie sous diverses formulations. Cela va permettre à Freud de parler indifféremment de « quantum d'affects » ou de « quantités d'excitation ». Dans les énigmes de la nature, il existe certaines choses auxquelles nous ne pouvons avoir d'accès direct. La « réalité » du phénomène passerait par une métaphore qui traduit la réalité et la reformule [19].

En 1880, la psychanalyse est édifiée à partir de la rencontre historique entre Breuer et « Anna O » [20]. Anna O. est une patiente dont les symptômes cédaient grâce à l'hypnose. A partir de ce constat, Breuer élabore une méthode thérapeutique : la catharsis. Elle consiste à hypnotiser pour révéler les liens intrapsychiques oubliés. Breuer parle de « narration dépuratoire » et ajoute que, « grâce au récit, l'incident perdit totalement sa nocivité » [21]. Freud rencontre à son tour Anna O. Une association voit ainsi le jour entre une patiente talentueuse et un Freud attentif. Cela aboutit à la création d'une méthode. Anna O. a intelligemment appelé ce procédé : « cure par la parole » et « ramonage de cheminée » [21]. Freud se joint ainsi à la découverte de Breuer. Leur coopération voit le jour officiellement via un article, publié et signé conjointement en 1892. Il fait référence dans cet article à la description de la « grande attaque » de Charcot.

Freud alloue initialement un rôle prééminent à la sexualité. En 1895, il signe conjointement avec Breuer 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 » [21].

Freud élabore en une dizaine d'années sa théorie sur l'hystérie. En 1893, dans la communication préliminaire, co-signée avec Breuer, il insiste sur la place centrale de l'hypnose afin d'obtenir 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* [22] des notions nouvelles, telles que le « clivage de la conscience » et le « retour au souvenir », préfigurant l'inconscient freudien et le refoulement. En 1894, dans les psychonévroses de défense [23], l'hystérie de conversion serait le résultat d'une « conversion » de l'affect. En 1895, dans les études sur l'hystérie [24], le trouble névrotique naît de l'impossibilité d'abrégier les effets du traumatisme, l'hypnose permettant de remonter au traumatisme et d'en neutraliser les effets. Il confirme le rôle du refoulement et énonce « les hystériques souffrent de réminiscences ». Dès 1895, le symptôme serait la transcription d'un conflit psychique sous l'effet de forces psychiques qu'il appelle libido. En 1896, il ajoute le « retour du refoulé » dans les nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense [24]. L'hystérie freudienne ne s'est que très peu développée après 1905. Toutefois, dans les trois essais sur les théories de la sexualité [25], Freud réaffirme la bisexualité du symptôme hystérique. En 1926, le Moi devient le lieu de l'angoisse, et celle-ci engendre le refoulement. Sa théorie sur la sexualité s'est construite, expliquant que le refoulement agissait contre les exigences des désirs infantiles.

La place du trauma sexuel va évoluer dans l'esprit de Freud, passant du réel au fantasme. En effet, l'important n'est pas le traumatisme en soi, mais le traumatisme pour soi, c'est à dire 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 et 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.

VIII) L'HYSTERIE DANS LES CLASSIFICATIONS

Lors de la seconde guerre mondiale, l'implication importante des psychiatres américains, dans les services de recrutement et de santé des armées, a favorisé grandement l'élaboration de nouvelles classifications. L'expérience de guerre des psychiatres a été à l'origine d'un profond changement dans la nosologie psychiatrique et de la création du *DSM* des troubles mentaux. La première édition a été publiée en 1952, la seconde en 1968.

Les premières éditions du *DSM* (I et II) [26] [27] étaient fortement influencées par la psychopathologie psychanalytique et suivaient la structuration entre psychose et névrose. Déjà de nombreuses controverses allaient éclater.

C'est dans le *DSM III* [28], paru en 1980, que le terme d'hystérie disparaît. Les raisons invoquées étaient : que le diagnostic d'hystérie était souvent posé à la légère, l'existence d'une signification péjorative du qualificatif hystérique (connotation avec la simulation, la lubricité, le chantage), et l'absence de corrélation précise entre personnalité hystérique et accidents hystériques. L'influence des courants féministes étaient également notables. Se voulant référentiel athéorique, cela a conduit à une prise de distance avec les concepts d'origine psychanalytique à savoir névrose/psychose. La combinaison de ces différents facteurs à entrainer l'abandon des termes d'hystéries ou hystérique dans les nosographies psychiatriques [14] [28] [29].

En 1992, l'entité hystérique éclate dans le *DSM IV* [14]. Dans l'axe I, elle apparaît d'une part, dans les troubles dits somatoformes (subdivisées en troubles : « de somatisation », « conversion » et « douloureux ») ; d'autre part, dans l'ensemble des syndromes dissociatifs (amnésie, fugue, trouble de l'identité et transe). Dans l'axe II, elle figure dans la personnalité histrionique ». En 2000, cette classification est conservée dans le *DSM IV-TR* [14]. La *Dixième révision de la Classification internationale des maladies* (CIM-10) [29] adopte une attitude un peu plus unitaire, en regroupant, sous la dénomination de « troubles dissociatifs » (de conversion), toutes les manifestations motrices, sensitives, amnésiques, stuporeuses,...etc.

En 2013, la cinquième et dernière version du *DSM* [10] confirme cet éclatement en gardant ces syndromes autonomes. Cependant, il apparaît important de préciser que le trouble de la personnalité histrionique a failli être supprimé (de même que plusieurs autres) dans la première version proposée par les auteurs.

Ainsi notre périple historique nous a permis d'entrevoir le mode de présence hystérique, son expressionnisme, à travers les siècles et les différents courants de pensée. D'animal à sorcière, en passant par simulatrice, l'hystérie a subi maintes métamorphoses au gré des époques et a résisté aux tentatives d'explication. Sa dernière métamorphose a été finalement sa disparition de la psychiatrie contemporaine. Mais l'hystérie a-t-elle réellement disparu ? Bien sûr que non, répondront tous les cliniciens. L'hystérie est toujours là, encore faut-il vouloir l'écouter.

L'écouter, les psychanalystes ont su le faire et ont pu élaborer des théories explicatives de l'hystérie. Eminemment articulée à la sexualité, il apparaît important d'en exposer brièvement le contenu, afin d'essayer d'en proposer une autre image.

B) PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHANALYTIQUE

I) LA CONVERSION

Dans un article publié en janvier 1894, Freud essaie de trouver une explication au mystère du « saut » psychique dans le somatique. Le phénomène de conversion ne peut avoir lieu que lorsque le clivage du contenu de conscience est le fruit de la volonté du patient. Il s'agit de la « défense » [26] qui entraîne l'exclusion, en dehors du conscient, de la représentation inacceptable (le plus souvent de nature sexuelle). Autrement dit, le refoulement est à l'œuvre dans l'hystérie. Ces cas répondent à ce que Freud appelle « l'hystérie de défense » [23].

Il convient donc, dans le cas de l'hystérie de défense [23] décrite par Freud, de pouvoir identifier le mécanisme qui conduit à la production d'un symptôme somatique à partir d'une volonté de « défense » du sujet. Ce mécanisme, utilisé par le Moi, revient à séparer l'affect (un quantum d'excitation) de la représentation ; il consiste à étouffer la représentation en lui retranchant son énergie, à savoir l'affect. La représentation inacceptable est rendue inoffensive, et la « somme d'excitation [détachée de la représentation] est reportée dans le corporel, processus pour lequel je propose le nom de conversion » [23]. 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 d'eux se trouve être l'attaque hystérique qui liquide les tensions. Ainsi s'explique l'alternance entre les symptômes de conversion (stigmates durables) et les crises.

Bergeret [30] reconsidère la distinction régulièrement mise en avant entre la conversion somatique et les symptômes psychiques de l'hystérie. Selon lui, il n'y a pas de rupture entre les symptômes somatiques et psychiques. En effet, ces derniers restent essentiellement des mou-

vements du corps qui échappent à leurs auteurs et doivent être perçus comme des conversions somatiques à parts entières. Mais pourquoi vouloir convertir ? Que dissimule l'hystérique ? Dans la nécrologie qu'il consacre à Charcot, 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. Il ne sait rien, peut-être, du motif de cet affect qu'il convertie, mais il révèle le motif sexuel » [12] .

Mais l'hystérique est paradoxal. S'il oublie tout le temps, c'est pour se prémunir d'une remémoration continue, contre laquelle il se bat, en lien avec des fantasmes touchants les objets sexuels incestueux. Cela dit, nous précise Bergeret [30], affects et représentations n'ont pas des destins aussi différenciés qu'on pourrait le croire. Tout d'abord, les représentations essuient les conséquences du refoulement. Il apparaît réussi lorsque l'amnésie est complète, c'est la « belle indifférence » de l'hystérique, du moins dans les accès exhibés ou non de la conversion. Ensuite, les affects sont séparés 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 un reliquat de leurs origines, d'où le caractère symbolique des conversions somatiques. Tout se passe comme si les représentations sexuelles du système conscient trouvaient des affects et continueraient de parler au niveau des symptômes [30].

II) THEORIE DE LA FIXATION

Selon la théorie analytique, la libido passe par les 3 stades de développement psycho affectifs (oral, anal et génital). Un traumatisme affectif, survenant dans l'une de ces périodes, peut entraîner un « arrêt » dans ce développement, appelé fixation [31].

Dans l'hystérie, la fixation se ferait au début du stade génital, au premier temps du conflit œdipien. A ce stade, l'enfant découvre qu'il n'est pas le seul objet d'amour de ses parents, qu'ils sont aussi l'un pour l'autre des objets d'amour. Il est donc dans une situation de rivalité. C'est le stade œdipien. La résolution de ce complexe d'Œdipe, s'opère 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. Cependant, cette résolution heureuse est précédée d'une crise dominée par l'angoisse de castration.

La castration œdipienne est différente de la castration phallique, elle apparaît moins narcissique et plus objecto-centrée. La perte n'est plus uniquement une amputation de soi mais une limitation de sa relation à l'autre. Elle prend son origine dans la constatation de la différence des sexes. Cette angoisse de castration peut revêtir deux aspects (parfois successifs) : la tentative de tuer le rival (au sens métaphorique), pour se protéger de la castration et rester l'unique objet d'amour, et/ou la tentative de séduire pour détourner l'objet du rival.

Chez l'hystérique, cette fixation œdipienne explique le besoin d'affection, la séduction et l'érotisation des rapports, mais ce n'est qu'un aspect de la personnalité hystérique. Les autres aspects sont dus au Surmoi qui culpabilise cette tentative d'affection (ce qui explique la fuite lorsque la séduction réussit), et à une activité fantasmatique intense [31]. Pour lutter contre l'angoisse, le Moi utilise le refoulement comme mécanisme défensif, ce qui repousse dans l'inconscient les représentations sources de tension.

III) QUESTIONS EMANANT DE L'OEDIPE

Comme nous venons de le voir, le complexe d'Œdipe amène un questionnement autour de la différence des sexes, masculin et féminin. Du côté masculin, cela ne suppose pas un changement d'objet d'amour (celui-ci étant déjà la mère) mais un changement identificatoire [32]. Du côté féminin, l'objet d'amour change (de la mère vers le père) mais sans modification dans l'identification.

Sur le plan identificatoire, le complexe d'Œdipe instaure l'être sur l'avoir (être un homme ou une femme à l'instar des images parentales). Enfin, il permet l'intériorisation des interdits parentaux (inceste), dont le Surmoi est le vestige.

Chez l'hystérique, les tendances à l'identification féminine -chez le garçon-, et masculine –chez la fille-, secondaires à l'angoisse de castration, sont fortement refoulées et restent très actives [33].

De ce fait, la femme hystérique affiche un refus profond d'être une femme au travers d'une hyperféminité affichée (être une femme implique d'intégrer l'idée d'un corps féminin, désirable, ouvert et pénétrable). Elle perçoit l'homme comme un abuseur qui exerce son emprise visant à la châtrer [34].

Chez l'homme hystérique, la problématique est différente : il se pose plutôt la question du viril (notion confondue avec être complet) et désirant (confondu avec être châtré). L'angoisse de castration du petit garçon devient, chez l'homme hystérique, le refus de l'identification au maternel, au féminin sexuel.

La résultante de ce conflit identificatoire est le doute : le doute d'être un homme (pour lui), une femme (pour elle). Le monde se partage donc entre dominants, dominés, puissants et impuissants entraînant de nombreuses difficultés relationnelles.

IV) LES PSYCHANALYSTES POST FREUDIENS

Pour certains psychanalystes post freudiens comme Lacan, l'hystérie ne peut trouver un sens que lorsqu'on l'envisage comme relation avec l'autre, comme lien à l'autre. L'hystérique veut le désir de l'autre. Il ne faut pas comprendre que l'hystérique veut ce que l'autre désire, mais plutôt qu'il veut s'approprier le désir de l'autre en se conformant, en se transformant en l'objet de son désir inconscient. Mais dans ce processus, en devenant désir de l'autre, il s'annihile en tant que sujet propre.

Pour Nasio [35], il existe une oscillation entre un besoin sexuel excessif et un rejet de la sexualité non-moins excessif. Là encore, l'importance de la relation à l'autre est soulignée. L'autre est installé dans une relation de puissance, où l'hystérique va en chercher la faille pour l'en déloger. C'est ce type de lien qui signe l'hystérie. Le désir de l'hystérie reste un désir d'insatisfaction.

Nous avons pu voir qu'à travers ces conceptions psychanalytiques, c'est bien la composante sexuelle qui domine dans l'hystérie. Cependant, cette composante sexuelle renvoie, tacitement ou explicitement, à l'identité féminine.

Pourquoi précisons-nous hystérie masculine en parlant d'un homme hystérique ? Car justement le terme hystérie s'assimile implicitement à la femme. Il n'y a pas d'hystérie féminine, pas plus qu'il n'y a d'hystérie masculine. Il y a de l'hystérie, avec des expressions féminines et masculine certes, mais qui reste dans le fond la même. Il s'agira de déféminiser l'hystérie, mais déféminiser l'hystérie demande de la déssexualiser. Il s'agit de ne pas concevoir l'hystérie comme une désorganisation (par déplacement, excès, saturation...etc.) « de la pulsion sexuelle, autant érotique que maternelle » [36], survenant sur des êtres enfantins ou immatures. Ce n'est pas plus vrai dans l'identité masculine que féminine.

En essayant de se dégager de « féminin », « masculin » et donc de la sexualité, nous l'aborderons comme phénomène et nous tenterons d'en dégager un ou plusieurs noyaux conceptuels.

Par cette approche, nous ne chercherons pas à expliquer les causes de l'hystérie, mais nous essaierons d'appréhender sa position au monde et d'en dégager un sens, d'en dire son comment.

C) POUR UNE CONCEPTION PHENOMENOLOGIQUE DE L'HYSTERIE

I) GENERALITES

L'objectif de notre travail est de porter un regard différent sur la psychopathologie de l'hystérie par rapport aux descriptions dites classiques. Nous avons donc souhaité l'aborder d'un point de vue phénoménologique. Nous utilisons les termes « point de vue » même si ces derniers n'apparaissent pas adéquats pour parler de phénoménologie en tant que courant philosophique et approche théorique à l'intérieur de la psychiatrie. Il s'agit d'une conception méthodologique. Elle ne caractérise pas les objets de l'investigation en ce qu'ils sont, ni en ce qu'ils contiennent mais la manière dont s'y prend celle-ci [37].

Dans un premier temps, nous souhaitons présenter très brièvement ce que représente la phénoménologie en tant que courant philosophique ou courant de pensée et ce à quoi elle aspire.

L'expression "phénoménologie" est composée de deux éléments, à savoir Phénomène et Logos, tous deux issus de termes grecs : *phainomenon* et *logos*. Etymologiquement, *phainomenon* dérive d'un verbe grec qui signifie « se montrer, placer en lumière ». Sa racine correspond à *phaos*, « la lumière, la transparence de la clarté », c'est-à-dire ce qui peut devenir visible de soi-même. Le terme Phénomène veut donc dire : le se-montrant-de-soi-même.

La signification fondamentale de Logos est « parole ». Au sens premier, Logos se ramène à l'idée de "rendre manifeste ce dont la parole parle". Aristote l'a caractérisé comme *apophainestai* : le logos fait voir quelque chose (*phainestai*) à celui qui parle. Le « faire voir » implique la notion de vérité, de vrai ou de faux. Or, le concept de vérité (*aletheia*) ne s'entend pas dans le sens d'un « accord » mais plutôt comme l'être-vrai du logos en tant que : l'étant dont il est parlé à faire voir comme sans-retrait, à le dévoiler. Au contraire, l'être-faux veut dire placer quelque chose devant quelque chose et donc le faire passer pour quelque chose qu'il n'est pas [37].

Puisque "vérité" a ce sens et que le logos est un mode du faire voir, il ne doit pas être identifié au site premier de la vérité. Ce qui apparaît comme vraie, au sens grec, c'est la perception sensible de quelque chose.

La phénoménologie veut dire alors : ce qui se montre, tel qu'il se montre de lui-même, le faire voir à partir de lui-même.

La phénoménologie veut mettre au jour les structures universelles de l'objectivité. Elle propose une vision dépouillée de tous préjugés naturalistes, très prégnants au XIX^{ème} siècle. Fondateur de la phénoménologie, Husserl en présente le principe fondamental, à savoir l'intentionnalité. Il s'agit d'un concept que l'on doit à Brentano, et qui désigne le caractère fondamentalement orienté de la conscience vis-à-vis d'un objet. « La particularité de la conscience est qu'elle est toujours conscience de quelque chose » [38].

Ainsi pour Husserl, la phénoménologie prend pour point de départ l'expérience en tant qu'intuition sensible des phénomènes afin d'en extraire les dispositions essentielles et l'essence de ce dont on fait l'expérience.

II) PHENOMENOLOGIE ET PSYCHIATRIE

L'influence de la phénoménologie va également marquer la psychiatrie. Le rapprochement entre ces deux disciplines qui peut paraître naturel, ne va pas forcément de soi. Il est l'œuvre de figures importantes de la psychiatrie parmi lesquelles nous citons Jaspers, Boss, Minkowski mais dont la figure emblématique reste Binswanger. En effet, il cherche à dépasser l'opposition conscient/inconscient, et sujet/monde. Il s'intéresse aussi à l'étude du monde humain situé dans un contexte et un développement dont la psychanalyse ne rend, selon lui, pas suffisamment compte [39].

Pour les pionniers de la phénoménologie psychiatrique, cette approche propose d'aller vers la recherche du trouble fondamental, du trouble générateur, qui porte tous les autres, tel qu'il s'étale à la surface et peut être l'objet d'une description. Elle a le souci de rendre compte d'une expérience vécue, dans sa densité, et de comprendre les rapports de l'être dans le monde, de l'être avec le monde.

On s'éloigne donc des concepts mécanistes et « scientistes » pour deux raisons : en premier lieu, ces derniers cherchent des causes, remontent « aux origines d'un état de conscience ou d'un comportement ». Les phénoménologues décrivent des structures, des significations de la conscience. En second lieu, les mécanistes veulent faire entrer les phénomènes psychologiques dans la nature universelle, les considérant avec les mêmes méthodes que les phénomènes physiques ou chimiques. A l'inverse, les phénoménologues sont sensibles à l'originalité des faits psychiques. Le fait psychique appartient à une autre région du réel, que le fait physique. « On ne saurait étudier l'homme avec les méthodes qui servent à analyser les phénomènes matériels » [40].

Tandis qu'on **explique** les faits physiques, on cherche à **comprendre** les faits humains. Expliquer, c'est trouver de l'extérieur un rapport entre deux choses. Au contraire, quand il s'agit de l'homme, c'est de l'intérieur qu'on saisit une signification, on se met « à la place du sujet », on le comprend. On ne peut expliquer la façon d'être d'un être humain, sa nature en tant qu'individu, comme une chose vue de l'extérieur, mais on peut comprendre son attitude comme « signification » en communiquant avec son interiorité, avec son être au monde [39].

Binswanger renouvelle la conception de la psychiatrie. Il ne s'agit plus de se faire une idée de la maladie à partir d'une interrogation fondée sur les dires du malade, ou d'une série de concepts explicatifs. Il s'agit de pénétrer dans l'univers singulier du malade, de suivre et de reconstituer son expérience phénoménale telle qu'elle se déploie dans l'histoire de sa vie, non pas en tant que biographie pure et simple, mais en tant que sens d'être.

Dans ce travail nous avons souhaité reprendre quelques apports de la phénoménologie pour essayer de répondre à la question : quel est l'être au monde de la personnalité hystérique ?

Qu'est-ce que la phénoménologie à « à faire voir » de l'hystérie ?

« Manifestement quelque chose qui, d'abord et le plus souvent, ne se montre justement pas, qui, à la différence de ce qui se montre d'abord et le plus souvent, est en retrait mais qui est, en même temps, quelque chose qui fait essentiellement corps avec ce qui se montre d'abord et le plus souvent de telle sorte qu'il en constitue le sens et le fond » [37].

Ne serait-ce pas sans nous rappeler ce que l'hystérie nous « offre à voir » au quotidien ?

Nous sommes conscients des limites de cette approche mais nous reconnaissons, dans un regard phénoménologique, une pertinence et une validité face à la clinique de l'hystérie.

Afin d'introduire ce regard phénoménologique sur l'hystérie, nous allons partir de ce que l'approche catégorielle nous propose, à propos de cette clinique, dans les manuels de psychiatrie.

III) L'HYSTERIE DANS LES MANUELS DE PSYCHIATRIE

Comme nous avons pu le voir dans notre première partie, l'hystérie a été démembrée en des syndromes autonomes. Ainsi, on distingue aujourd'hui dans la *CIM-10* [29] : les troubles dissociatifs, les troubles somatoformes (trouble : symptômes somatiques et associés dans le *DSM V* [10]), et enfin le type de personnalité « histrionique ». Cette dernière est caractérisée par sept grands items :

- Le sujet est mal à l'aise dans des situations où il n'est pas le centre de l'attention
- Interaction avec les autres souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante
- Utilise régulièrement son physique pour attirer l'attention sur soi
- Manière de parler subjective et pauvre en détails
- Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle
- Suggestibilité, le sujet est facilement influencé par autrui ou par les circonstances
- Les relations sont considérées comme plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

(À noter que dans le *DSM V*, un item supplémentaire est présent, à savoir : expression émotionnelle superficielle et pauvre en détails)

Ces critères sont révélateurs d'un mode de présence hystérique caractérisé par une perception « d'hyper ». Ce mode de présence est entendu comme la sur-expression d'une émotionnalité, d'une expressivité corporelle et verbale, ainsi que d'une impression d'inauthenticité par rapport à soi, mais aussi par rapport aux autres. « Le trait central des personnalités hystériques est ce comportement démonstratif qui varie selon l'interlocuteur et les circonstances. Il s'agit de la plasticité hystérique » [41]. Dans son ouvrage *Manuel de Psychiatrie* [42], Ey parle éga-

lement d'un « faux personnage » qui vit « une fausse existence », tant et si bien que le « masque du personnage masque complètement la personne » jusqu'à pouvoir parler d'inconsistance de la personne.

Cependant, utiliser la notion d'inauthenticité implique de réfléchir sur la question d'identité personnelle, sur la façon dont nous (nous-mêmes et avec les autres) nous forgeons cette identité et les implications avec l'hystérie. Ce « faux personnage », cette inauthenticité nous conduira à interroger la notion de vérité par rapport à soi à l'aide d'un concept qui permet d'en rendre compte. En effet, les notions de « vrai » ou de « faux » sont habituellement conçues afin d'être appliquées à des modèles scientifiques permettant d'améliorer la connaissance des objets du monde. Mais le rapport que l'on a avec soi n'est pas transposable à celui que l'on peut entretenir avec des objets. Afin de rendre compréhensible cette proposition, nous allons nous référer à l'herméneutique de soi proposée par Ricoeur [43]. Il s'agit de considérer que notre propre connaissance de nous-même (la connaissance de Soi) n'est pas une chose acquise, qu'elle n'est pas la première connaissance que le sujet puisse avoir. En effet, notre présence au monde (l'être-au-monde) serait plus originaire que notre présence à nous-même (à Soi) [37]. Il est donc nécessaire d'avoir un rapport de précompréhension et d'interprétation de nous-même pour progresser dans la connaissance de soi.

IV) UNE QUESTION D'IDENTITE

Avant de pouvoir avancer dans notre analyse de l'hystérie et de son aspect inauthentique, la question « qui sommes-nous ? » se pose. De quoi est constituée notre identité ?

D'une manière simple, l'identité pourrait se penser comme quelque chose qui se maintient à travers le temps, au-delà des changements. L'identité personnelle, comme rapport de soi à soi, aurait trait au maintien de soi au cours de l'existence. Ainsi, selon Ricoeur [43], l'identité personnelle « ne peut précisément s'articuler que dans la dimension temporelle de l'existence humaine » ; la notion d'identité ne peut donc se penser en dehors de son inscription dans le temps. Il apporte également une perspective nouvelle à la notion d'identité humaine en la pensant comme un équilibre permanent entre deux pôles : le pôle de l'identité « ipse » et celui de l'identité « idem ».

a) L'identité comme idem

Ricoeur [43] analyse 4 composantes de l'identité idem : l'identité numérique, l'identité qualitative, la continuité interrompue et la permanence dans le temps. En premier lieu vient l'identité numérique, consistant en la simple répétition d'une même chose que l'on désigne donc comme une seule et même chose. C'est le contraire de la pluralité. L'opération d'identification correspond ainsi à une reconnaissance du même. On reconnaît la même chose n fois, comme le dit Ricoeur, l'important étant le terme même (Ex : le son de sa voix).

Puis vient l'identité qualitative. C'est l'exemple, pris par Ricoeur, concernant les cas où l'on dit que X et Y ont le même costume – leur costume possède les mêmes qualités – et il est indifférent de les échanger, tant ils sont semblables. Ces deux premières déterminations de l'idem ne doivent pas être confondues, mais elles ont néanmoins un lien fort : le temps, qui permet aux événements d'une chose de se répéter, et par-là, de susciter la reconnaissance, est aussi ce qui permet qu'il y ait doute dans l'opération et d'appeler l'identité qualitative au secours de la première.

Évidemment, pour de grandes distances temporelles, cela ne suffit pas, et il faut faire appel à la notion de continuité ininterrompue de la première à la dernière phase d'un développement individuel, comme, par exemple, dans la croissance et le vieillissement d'un être humain. Les petits changements ordonnés, qui ont lieu dans le temps, ne détruisent pas l'identité. Tout au long de sa vie, l'homme reste le même, malgré ses différences de taille et de poids, mais chacun de ces changements constituent, en droit, une menace potentielle de l'identité.

Pour se protéger de toute menace, l'identité-idem doit poser un principe de permanence dans le temps qui soit une base « formelle », une structure, comme, par exemple, notre code génétique individuel. Il s'agit donc d'un invariant relationnel, comme le dit Ricoeur [43], qui permet de penser le changement qui advient à un quelque chose ou quelqu'un qui, lui, ne change pas. A cette dernière représentation de l'identité idem revient la charge d'assurer une signification forte à la permanence dans le temps, la structure comme garante de l'identité idem.

L'identité idem apparaît donc comme multiple mais garde malgré tout son unicité. Ces identités idems ne sont pas acquises, elles nécessitent un travail de constitution qui tient lieu d'expérience. (Par exemple : je suis un garçon, de par la génétique, mais mon identité en tant

que garçon se constituera à travers le temps. Il s'agit des identités de rôles que nous occupons qui restent à appréhender) L'idem est le **que** de Que suis-je ?

b) Qu'est-ce que l'ipséité ?

L'ipséité ou identité ipse est la pure continuité du Soi. L'ipséité se pense, s'inclut dans une dimension temporelle, dans l'histoire de vie de l'individu. Elle constitue le centre du récit, elle fait conjugaison avec les identités idems. Ricoeur [43] propose de comprendre une de ses manifestations par la formule de la promesse donnée et de la parole tenue. « Quand bien même, j'aurais changé du tout au tout, je devrais rester fidèle à la promesse donnée. » Dans la parole tenue, le Que disparaît au profit du Qui. L'ipséité est le **qui** de Qui suis-je ? (l'exemple frappant est celui de deux jumeaux monozygotes qui exécuteraient le même rôle. Leur idem apparaîtrait identique et donc il serait indiscernable. Ils seraient les « mêmes ». Or, ce n'est pas le cas. Ce qui nous permet de les discerner, c'est leur ipséité qui fait d'eux des personnes uniques).

L'identité serait donc fondamentalement liée au fait de se dire soi-même. La mise en équation de l'identité-idem et de l'identité-ipse passerait donc par le « je ». Ce dernier viendrait en offrir une synthèse et garantirait la permanence de l'identité, le maintien de soi à travers le temps, dans un tout cohérent. L'identité serait ainsi assurée par le fait de pouvoir « se dire soi-même » et se reconnaître dans une histoire dont on compose, on invente, l'unité. C'est ce qui permet, par ailleurs, d'inscrire l'existence au sein d'un ensemble qu'est le monde environnant. En ce sens, Ricoeur [43] fait de la « théorie narrative » une théorie de la « constitution du soi ». Le récit narratif apparaît comme offrant une unité temporelle au caractère discontinu des événements, à leur variabilité, à leur identité-idem. L'identité narrative n'abrase pas le changement mais l'intègre dans la cohésion d'une histoire.

V) LE LIEN AVEC L'HYSTERIE

Qu'en est-il dans l'hystérie ? A la différence de la psychose, il n'y a pas d'altération de l'ipséité chez l'hystérique. Il n'y a pas d'altération du principe de réalité. En revanche, l'hystérique n'investit pas son ipséité dans l'expérience. De notre point de vue, la personne hystérique fonctionne sur un mode où la dialectique entre les deux pôles de l'identité n'est pas opérationnelle. Il y a un trouble de la représentation des rôles, de l'intensité et du positionnement dans l'espace intersubjectif (à savoir une centralité). Les manifestations hystériques se lisent donc de manière multiple, à la fois par une défaillance d'engagement de l'ipséité, un surinvestissement de l'identité idem et une position au monde pathologique [44].

a) Une défaillance de la dialectique ipse-idem

Notre identité évolue au fil du temps qui passe, même si nous l'avons vu, tout ne change pas, et c'est même cela qui garantit notre identité et qui nous permet de dire qui nous sommes. Cependant, cette dialectique ipse-idem pourrait faire penser à des changements possibles de manière perpétuelle (en investissant notamment de nouvelles identités de rôle). Cela n'est pas vraiment le cas. Dans le début de notre existence, à savoir l'enfance, l'adolescence voire même le début de l'âge adulte, il est possible de changer de manière importante un certain nombre de déterminations et d'attitudes de vie. La dialectique ipse-idem fonctionne pleinement. Nous pouvons nous investir dans de nouvelles possibilités qui peuvent devenir de nouvelles identités de rôle, et les engager de tout notre être. C'est ce qu'on pourrait appeler l'auronalité de la dialectique identitaire [44].

A l'inverse, l'âge avançant, ces perspectives, ces recommencements possibles, s'épuisent. Nous sommes de moins en moins capables de vivre de nouvelles métamorphoses. La dialectique ipse-idem s'inverse pour devenir idem-ipse. Nous sommes pris progressivement dans des identités de rôles dont nous ne pouvons plus vraiment décider. A ce moment de la vie, face à la vespéralité de la dialectique identitaire [44], nous sommes obligés d'accepter que la continuité de notre être soit là, en assumant cette identité idem, sans pouvoir penser à un recommencement.

Pour l'hystérique, le problème se situe bien là ! L'hystérique apparaît souffrir d'une vespéralité identitaire précoce, à savoir un surinvestissement perpétuel de son identité idem. Cependant, à la différence de l'évolution identitaire classique, l'hystérique est incapable d'accepter le Soi dans ses idems (acceptation normalement rendue possible grâce à l'engagement de son ipséité à travers le temps). En effet, ces identités-idems sont surinvesties sans lien avec son ipse. Non engagé, son ipse se situe « à côté » des identités de rôle que l'hystérique tient pour et par les autres.

b) Un défaut de l'attestation

Ce non engagement hystérique de l'ipséité peut être compris comme une défaillance de l'attestation [44] [45]. Cette notion a été introduite par Ricoeur pour rendre compte de la vérité par rapport à soi sur le plan de l'ipséité. Rendre compte du « vrai » de l'identité ipsé repose sur la croyance et la confiance puisque la temporalité de l'existence humaine, et en particulier dans sa dimension de devenir, empêche toute certitude garantie [45].

L'attestation se déploie en quatre points distincts. En premier lieu, sur un plan épistémologique, l'attestation explique le fait que l'on ne peut dépasser le stade de conviction par rapport à sa propre identité (on peut exposer certaines qualités que l'on pense avoir mais on ne peut le prouver.) Deuxièmement, elle prend appui sur une dimension ontologique qui permet au sujet d'avoir un fond d'être puissant et effectif [43]. C'est le centre d'initiative du sujet. L'attestation s'ancre également sur un fondement profondément phénoménologique qui propose de lier l'interprétation que l'on a de soi à son vécu propre. Et enfin, elle possède une dimension éthique et pratique, qui consiste à se définir soi-même, non plus uniquement par des énoncés ou une simple réflexion, mais en y intégrant les actes réalisés par soi-même. C'est donc autrui qui m'oblige, de façon morale, à agir conformément à ce que je dis être.

Dans l'hystérie, on pourra dégager des défaillances sur les plans ontologiques et éthiques/pratiques de l'attestation [45]. Sur le plan ontologique tout d'abord, c'est ce qui rend compte de l'aspect inconsistant de la personne. Ce qui est montré ou exprimé ne fait pas signe vers un centre d'initiative duquel tout proviendrait. La présence de l'hystérique ne s'inscrit pas dans une histoire témoignant d'une identité propre et au travers de laquelle le sujet s'atteste dans sa dimension d'ipséité.

Sur les plans éthiques et pratiques, la défaillance s'exprime dans le fait que les actes ou les positions tenus par l'hystérique ne semblent pas s'inscrire dans l'histoire personnelle qu'il raconte. Classiquement, la mise en intrigue de sa propre histoire permet de pouvoir en dégager un sens qui nous dirigera vers un acte ou un autre, et ceci avec une continuité de sens par rapport à la mise en intrigue et l'action. Dans l'hystérie, on constate souvent un fossé à ce niveau. Le rapport à autrui est, normalement, constitutif de l'ipséité du sujet. Cela place le sujet dans une position double : celle du sujet responsable, puis celle du sujet qui doit répondre de cette position responsable en tenant parole devant autrui, c'est-à-dire, en réalisant les actes attendus. Chez l'hystérique, c'est cette dernière position qui semble défaillante « expliquant ainsi cette étrange impression ressentie d'avoir affaire à un sujet bel et bien responsable, et qui pourtant badine avec cette responsabilité » [45].

Cette défaillance de l'attestation serait à mettre en lien direct avec le trouble de la représentation des rôles (l'idem), non comme corolaire mais comme association.

En effet, l'hystérique surinvestit de manière manifeste pour autrui ses rôles (une de ses identités idems) sans vraiment y croire lui-même. Il veut le faire croire à ceux à qui il adresse ses excès d'émotions, d'affects. Il pense que l'excès d'intensité est un mode de conquête de la vérité. Son identité de rôle n'est tenue que par le rôle. L'hystérique force le rôle pour essayer de créer une adhésion à ce rôle, ce dernier reste toutefois suspendu. Cela afin de ne pas s'engager. C'est là où l'hystérique apparaît inauthentique. Il a une fascination pour les figures de représentation des autres. En lui ce sont les autres qui parlent, et qu'il veut faire parler encore plus fort [44].

VI) L'INAUTHENTICITE

a) La Soumission au « On »

Dans les classifications, les critères retrouvés renvoient à cette notion. Mais qu'est-ce que l'inauthenticité d'un point de vue phénoménologique ? Pour Heidegger [37], l'inauthenticité, tout comme l'authenticité, est une des manières d'exister. L'inauthenticité implique d'exister sur le mode de la fuite. Le *Dasein* (l'existant pour Heidegger) se fuit lui-même car il vit sous

la préoccupation et la domination des autres et sous leur emprise. Autrement dit, sous la domination anonyme du « On » [37]. Cependant, et il faut le souligner, le « On » n'est pas forcément inconfortable. Au contraire, il peut offrir une certaine sécurité et tranquillité d'esprit. En effet, si le « On » (les autres) lui a confisqué son être, ils l'en ont également déchargé. En effet, exister comme « On » lui permet d'échapper à l'angoisse et de penser qu'il vit une existence pleine et authentique [46]. Mais à quelle angoisse s'agit-il d'échapper ? A l'angoisse suscitée par la mort. La mort est une possibilité constitutive de notre être, celle de l'impossibilité d'exister en général. Ainsi, l'existence authentique nécessite de pouvoir assumer sa mortalité dans l'angoisse. On retrouve le même raisonnement dans la phénoménologie sartrienne [47], où l'on joue à être un rôle. Ce que Sartre nomme la « mauvaise foi », l'exemple du garçon de café l'illustre bien :

« Il a le geste vif et appuyé, un peu trop précis, un peu trop rapide, il vient vers les consommateurs d'un pas un peu trop vif, il s'incline avec un peu trop d'empressement, sa voix, ses yeux expriment un intérêt un peu trop plein de sollicitude pour la commande du client, enfin le voilà qui revient, en essayant d'imiter dans sa démarche la rigueur inflexible d'on ne sait quel automate, tout en portant son plateau avec une sorte de témérité de funambule. Toute sa conduite nous semble un jeu. Il joue, il s'amuse. Mais à quoi joue-t-il ? Il ne faut pas l'observer longtemps pour s'en rendre compte : il joue à être garçon de café. » [47]

On retrouve bien cela chez l'hystérique : la femme qui joue la féminité et l'homme qui joue la virilité (le macho étant l'exemple parfait). En ce sens, Jaspers le souligne : « le caractère factice, théâtral et forcé » de la conduite hystérique [48].

Se soumettre au « On » conduit l'hystérique à rester dans une tentative permanente, et parfois théâtrale, de s'accorder avec les représentations de l'autre, de surinvestir ses identités idem par les représentations des autres. Cependant, il serait erroné de penser que l'hystérique ne tente que de convaincre les autres, de les abuser. Ce qu'il veut c'est plutôt se voir lui-même de la façon dont il a amené les autres à le voir. Finalement, il s'agit de se tromper lui-même.

Cette expérience stylistique, cette figuralité [49] semble pouvoir faire partie du « noyau » hystérique en lien avec deux autres notions que nous allons introduire par la suite : l'intensité et la centralité [49].

b) Temporalité et identité

Une autre forme de « mauvaise foi », ou d'inauthenticité peut être décrite dans l'hystérie. Il s'agit d'une mauvaise foi découlant de la temporalité et de sa relation à l'identité [50].

Nous l'avons explicitée, l'identité se construit dans une dimension temporelle. Si je suis (présent), c'est que je mets en lien ce que j'étais (passé) et ce que je serai (futur). Autrement dit, les représentations de soi, différentes selon les périodes temporelles, sont reliées entre elles afin, qu'en effectuant un retour sur le passé, je me construisse pour le futur et le présent. A l'inverse, l'hystérique dissocie ces périodes temporelles, et bien sûr les représentations de soi correspondantes. « Il les change et échange presque à volonté » [50]. Cela aurait pour conséquence de grandes différences dans le vécu de sa propre valeur. Cela provoquerait également des modifications de l'humeur très fréquentes en fonction des dimensions temporelles prévalentes dans son vécu, au moment considéré. Les hystériques souhaitent toujours se laisser la possibilité de prendre de nouvelles décisions, et de vivre tout à leurs besoins et à leurs souhaits du moment. Ils se laissent prendre par leur intensité et leur centralité. Ils se laissent, à contrecœur, déterminés par le passé, ce qui pourrait expliquer le fait que nombre d'hystériques vivent dans l'illusion d'une jeunesse éternelle (d'où l'effondrement lorsque le maintien de cette posture n'est plus possible chez l'hystérique vieillissant). Du coup, ils décident de leurs allures, de leurs actes, non en fonction de leur âge mais de celui qu'ils veulent avoir. On comprend, avec l'étroitesse de cette perspective temporelle, de ce vécu temporel, que l'hystérique se caractérise par une grande disposition à se laisser happer par toutes sortes d'événements qu'il imagine et souhaite voir se réaliser, mais aussi par sa capacité à se mettre dans des positions potentiellement dangereuses.

VII) HYSTERIE ET « HYPER-EXPRESSION »

Comme nous l'avons vu dans les critères diagnostiques (*DSM V* [10] et *CIM 10* [29]), on retrouve l'exagération de l'expression émotionnelle, une hyper-expression des affects. Mais que cela signifie-t-il ? Hyper-expressivité est-elle assimilable à hyper-émotionnalité ? Assurément, non.

L'hystérique engage effectivement beaucoup d'expressions mais en réalité peu d'émotions véritables. En effet, les affects engagés sont adressés aux autres. Ils appartiennent au registre émotionnel mais n'expriment pas sa propre émotion. Pour que de l'émotion véritable soit manifestée, il faudrait qu'une composante de l'ipséité soit engagée dans les transactions hystériques. Mais, comme nous l'avons vu précédemment, ce n'est pas le cas.

Cette pseudo-hyper-émotionnalité illustre la tentative d'accordage avec un « On ». Mais, en état manifestement factice et disproportionnée, cette émotivité devient du point de vue phénoménologique, révélatrice du défaut d'attestation et donc d'un non engagement ipséique.

Investissant uniquement son identité idem (ses identités de rôles notamment), l'hystérique exprime principalement des affects (de séduction, d'inquiétude...etc.). Or, la formation d'une émotion est un processus beaucoup plus long et complexe. En agissant comme il le fait, l'hystérique est donc victime de son intensité [49]. C'est en cela qu'on retrouve l'aspect « superficiel » de l'expression émotionnelle de l'hystérique. L'hystérique est, sur le fond, un indifférent qui vibre sur un registre unique, celui du champ social.

Interroger l'émotion de l'hystérique, c'est aussi interroger ce que l'hystérique provoque chez les autres lors de ses manifestations émotionnelles. C'est également questionner la manière dont l'hystérique va faire face aux émotions des autres. Cette question nous fait entrevoir la notion de **sympathie** telle que Minkowski l'a décrite dans *Le Temps Vécu*. [51]. Il la décrit comme « ce don merveilleux que nous portons en nous de faire nôtres les joies et les peines de nos semblables, de ne faire qu'un avec eux. »[51]. Phénomène primordial et élémentaire de la vie, c'est un des traits du contact vital à la réalité pour Minkowski. Au vu ce que nous avons abordé précédemment, l'hystérique serait-il capable de sympathie ? Cela apparaît difficile au sens où nous l'entendons. Ce sentiment jaillit d'une personne pour pénétrer l'âme de l'autre et créer une participation singulière entre elles. Cela ne se produit pas chez l'hystérique. Il n'y trouve pas son point d'ancrage. Cela ne veut pas dire que l'hystérique a une perte de contact vital à la réalité comme dans la schizophrénie. En effet, dans certaines situations, l'hystérie se manifeste dans une moindre mesure, voire pas du tout. La personne hystérique est en mesure d'appréhender ce qu'elle fait et ce qui est juste, même si elle ne maîtrise pas ce qu'elle ressent. Une fois dégagée de l'emprise de son instantanéité, l'hystérique est capable de restituer les justes proportions de ses affects, de sorte que sa relation à la réalité, son contact vital, ne peut être déclaré comme affecté [49]. Cela ne fait pas de l'hystérique

un être qui refuserait de partager l'émotion de l'autre. Parfois même, on pourrait retrouver une forme « d'hyper-sympathie » ou de « pseudo-sympathie » de l'hystérique à l'égard des autres. Ce n'est qu'une illusion. Mais dans ces cas, l'hystérique ne cherche pas à abuser les autres, à se jouer d'eux. L'hystérique s'abuse lui-même. Cela nous renvoie à la soumission au « On », vue précédemment.

Le phénomène peut se dérouler dans le sens inverse, c'est-à-dire que l'hystérique ne parvient pas à susciter la sympathie chez l'autre. La raison est la même que précédemment. Ce sentiment ne peut jaillir de l'hystérique car il n'engage pas son être (son ipséité) pour permettre cette participation mutuelle. Cependant, cela est source d'une grande souffrance chez l'hystérique qui se sent rejeté, incompris voire dénié dans ce qu'il manifeste.

VIII) UNE IMPULSIVITE HYSTERIQUE ?

Il est vrai que l'hystérique peut parfois agir de manière rapide, brutale, excessive, mais est-ce de l'impulsivité ? Là encore, la réponse apparaît négative. L'impulsivité n'est pas préparée par l'intensité mais par une structure d'action qui veut engager et terminer immédiatement l'évènement afin de se libérer de ces contraintes. Ce n'est pas ce qui se joue pour l'hystérique, dont le souhait est de « pouvoir vivre le sublime instant indéfiniment » [52].

En effet, l'immédiateté hystérique n'est pas du registre de l'action mais plutôt de l'esthétique. L'hystérique déplace le lieu de l'expérience en son point d'apparition plutôt qu'à son point de construction narratologique. Il est happé par une **centralité** [49] qu'il ne peut maîtriser. C'est une pathologie du contact. Ce dernier devient total et entraîne l'hyper-expressivité dans l'instant.

Pour tout à chacun, le contact n'est pas tout. Il n'est qu'un moment du phénomène. Mais l'hystérique ne peut se dessaisir de l'importance du contact, car il n'intègre pas que chacun (et donc soi-même) ne se résout pas à ce qu'il apparaît être de prime abord.

IX) QUID DES MANIFESTATIONS CORPORELLES DE L'HYSTERIE ?

Ce qui était appelée « conversion somatique » (aujourd'hui classée dans les troubles somatoformes) n'appartient plus uniquement à l'hystérie « classique », mais aussi à des symptomatologies anxieuses et phobiques.

Si l'on restreint le phénomène de l'hystérie comme une translation sur le plan corporel de la vie de l'individu uniquement, on perd une grande partie des manifestations hystériques. En effet, l'hystérie peut se manifester dans le champ du corps mais aussi dans le champ social. Il est nécessaire d'y maintenir une stricte analogie. Ces champs partagent les mêmes troubles hystériques d'intensité et de centralité. Les attitudes de prestance ou d'affolements, sur fond d'inquiétudes soudaines, se manifestent dans les deux champs, du corps et social: il s'agit de l'exemple de la centralité des hystéries qui se manifestent à l'identique dans les hystéries collectives ou les manifestations spasmophiliques. De même, les rumeurs hystériques (de médisance, de méfaits ou de bienfaits qui se majorent ou se minorent de manière incontrôlable) trouvent également leur équivalence dans l'hypochondrie avec les rumeurs de maladie issues des discours collectifs, qui sont le lit de l'alerte hystéro-anxieuse et de la fixation démesurée sur un symptôme.

Les vécus d'intensité et de centralité se retrouvent dans les discours d'hystéries collectives (discours de maîtres et autres discours sur-sophistiqués) qui pétrifient, paralysent l'auditoire. C'est une tétanisation d'intensité. Le discours hypochondriaque fait de même. Il cherche à centraliser l'attention de l'auditoire sur soi.

X) HYSTERIE ET SEXUALITE

Nous l'avons évoqué, hystérie et sexualité ont été liés historiquement mais aussi de manière psychopathologique. Ce lien est en écho avec la relation entre hystérie et féminité. La féminité, tout comme la masculinité (autrement dit l'identité de genre), est chez l'être humain la plus « célèbre » des identités de rôle. Or, l'hystérique surinvestit, typifie à l'extrême les identités

de rôle, et donc également celle de genre. Il détermine les postures de genre [53] qui colorent l'hystérie (le macho chez l'homme en est un exemple, comme la diva chez la femme en est un autre). Cependant, l'identité de genre n'est pas nécessairement sexuelle. Derrière chaque figure se cache **quelqu'un**, celui-là de non sexuel. Il s'agit de l'ipséité ou de l'altérité. Mais l'hystérique, bloqué dans sa seule dimension esthétique, ne parvient pas à rencontrer l'ipséité d'autrui, car il n'y engage pas la sienne... Il est bien trop captif du rôle typifié pour réussir à s'en extraire.

Ce point de vue renverse le discours de l'hyper-identification sexuelle comme étant la cause de l'hystérie. La typification sexuelle apparaît comme étant la conséquence d'un trouble plus profond de cette relation aux figures types que l'origine de l'hystérie.

XI) LIMITES DU CONCEPT

Dans le champ théorique des personnalités pathologiques actuelles, celui de l'hystérie s'est rétréci. Afin de mieux pouvoir discerner le phénomène hystérique, il convient d'essayer d'en préciser quelques limites :

- L'impulsivité, comme nous l'avons vue auparavant, ne fait pas partie du champ de l'hystérie.
- La dépendance affective peut y être associée mais n'y appartient pas au sens strict.
- L'immaturation : trop souvent confondue avec l'hystérie. En réalité, les hystériques ne sont pas nécessairement immatures. L'immaturation consiste en un défaut, une carence d'appréhension et d'investissement des identités de rôles (une des composantes de l'identité idem). Les rôles doivent être pensés, délimités afin de pouvoir appréhender les identités de rôle. L'immaturation ne peut faire ce processus. De même, l'investissement consiste à conceptualiser les rôles et en mesurer les exigences, leur sens dans l'espace commun. Lorsque cet investissement est défaillant, la personne (l'immaturation) reste alors dans une sorte de monde merveilleux de l'enfance. L'immaturation ne prête aucun rôle aux personnages de son monde. Ils ne sont que des « actants ». Il récuse tout **être-au-rôle** à chacun. Il n'accepte pas le fait de se « de-

exceptionnaliser ». C'est-à-dire de n'être, aux yeux des autres, qu'un certain rôle devant s'assumer seul, et non cet être exceptionnel au-dessus de tout, ce qu'il a cru être pour ses parents pendant son enfance [54]. L'hystérique ne se situe pas foncièrement dans ce registre. Les hystériques surinvestissent leurs identités de rôle. Les rôles sont plutôt « trop bien joués ». De même, les immatures privilégient les relations interindividuelles alors que les hystériques entretiennent un dialogue précis avec le champ social, car celui-ci peut produire des représentations de rôle bien typées. Tout cela est trop coûteux pour l'immature.

XII) UN TYPE HYSTERIQUE ?

Après avoir traversé et tenté de comprendre les manifestations hystériques, peut-on en décrire un type ? Mais en premier lieu, qu'est-ce qu'un type ? Tellenbach avait décrit un *Typus Melancholicus* [55], c'est-à-dire un mode d'être-au-monde précédant l'état mélancolique. Peut-on en faire de même ? A savoir, peut-on décrire un mode d'être-au-monde de l'hystérie ?

La définition classique désigne un modèle abstrait réunissant les traits essentiels de tous les êtres ou objets de même nature, les traits caractéristiques d'un groupe.

Cependant, Dilthey en reconnaît deux significations distinctes [56]. L'une empirique, c'est-à-dire l'ensemble des traits incarnés par un individu qui devient le représentant d'un ensemble d'autres individus (ex: le type méridional qui désigne les hommes du Sud de la France). Cela semble plutôt correspondre à la définition classique. L'autre type, reconnu par Dilthey, est celui qui incarne une essence, et non une réalité observable. Il s'agit du type eidétique. Largement utilisée par Husserl, l'idée de cette typologie eidétique est d'établir les traits d'essence d'une pathologie.

Mais quels seraient les traits d'essence, de manière d'être de l'hystérique ?

Nous avons pu les évoquer au travers des paragraphes précédents. Il s'agit d'une relation à la centralité spatiale et temporelle tant dans le champ social que dans le champ du corps. Ces traits d'essence de la manière d'être hystérique apparaissent au nombre de trois : l'intensité, la

centralité et la figuralité [49]. Ces composantes se lisent ensemble, donnant lieu à une pathologie du contact :

- L'intensité : comme nous l'avons vu, l'hystérique apparaît excessif. L'exagération hystérique est due à un vécu d'intensité qui est subi, non désiré. L'hystérique est « jeté » dans l'expérience du contact. Il ne peut ni contenir ni gérer cet excès. Il exprime quelque chose qu'il ressent et qu'il a besoin de dire à l'instant où il est. Il vit intensément l'instant et cherche l'intensité instantanément. C'est une pathologie de l'instant et de l'intensité. Ce vécu d'intensité s'articule avec la position au monde qu'emprunte l'hystérique, à savoir une position de centralité où tout demande à être exprimé. Il vit une situation de contact où tout est plus intense, immédiat. L'hystérique ne simule pas l'intensité, bien qu'il puisse parfois la théâtraliser. Il vit réellement une intensité et ne peut la garder pour lui.
- La centralité : l'impossibilité hystérique à contenir cette intensité provient de la position, de l'expérience au monde qu'il emprunte, à savoir être au centre, là où selon lui, il y a le maximum de vie et d'émotions. L'hystérique ne conçoit pas le fait qu'il y ait autant d'authenticité de vie à la périphérie qu'au centre. La centralité apparaît être pour lui, le lieu de l'évènement. Cette centralité peut être lue de manière spatiale et temporelle : le plan spatial est celui de l'espace intersubjectif (maximum de personnes, d'évènements..) s'opposant aux périphéries multiples et variées, « là où chacun élabore pourtant son propre sens de vie avec d'autres niveaux d'évènements que ceux de l'espace intersubjectif » [49] ; mais aussi sur le plan temporel, car si l'hystérie se trouve être une pathologie de l'instant-intensité, elle ne peut donc accepter de se décentrer de soi ce qui entraîne inéluctablement une sortie de l'instant. La temporalité de l'hystérique se limite à celle du seul contact. Cette relation intensité-centralité peut s'articuler de manières différentes. En effet, comme nous le disions, cette intensité est parfois recherchée mais très souvent ce n'est pas le cas. Lorsqu'elle est recherchée, nous sommes devant l'excitation hystérique et sa fuite en avant, vers toujours plus d'intensité. Dans le cas où elle n'est pas recherchée, et donc où l'hystérique ne peut soutenir cette intensité, c'est la crise de spasmophilie : trop d'intensité ingérable et l'apparition d'une crainte de s'être trop avancé dans l'expérience.
- La figuralité : c'est le lien entre les deux autres composantes. L'hystérique ne voit que le général, l'archétype, la figure centrale des rôles, tel qu'il fait icône pour ce rôle [49].

Il est obsédé par les styles du centre. Il veut être la figure « type » de son identité de rôle ou de toutes les identités, et finalement n'est au fond celle de personne. L'hystérique est un conservateur de notre inconscient figural : il garde en mémoire le sens figural oublié de tous les rôles qui marquent notre inconscient collectif. De ce fait, il se perd dans la figure, dans la charge expressive d'un rôle et y reste figé [53].

XIII) L'HYSTERIE N'EST PAS SYNONYME DE PATHOLOGIE

Nous venons de découvrir, tout au long de ce travail, les traits d'essence hystérique nous permettant d'explicitier un sens à la présence hystérique. Cependant, cette position au monde qu'emprunte l'hystérique n'est pas forcément pathologique et il convient de le préciser. Il est nécessaire de donner la possibilité à chacun d'être en position hystérique, d'être hystérique dans certaines situations et de parvenir à en sortir. Laissons les « beaux ténébreux », les mondains déployer leur présence hystérique.

Mais dans l'hystérie pathologique, ou reprenons le terme d'Israel [9], d'hystérie dépassée, il se joue autre chose. Ces personnes sont captives de cette position du monde. Elles y reviennent sans cesse et c'est elle qui donne le sens aux événements de leur vie.

DISCUSSION

Appréhender l'hystérie n'est pas chose aisée. En cette période de flou, où l'entité d'hystérie est éclatée dans les classifications internationales, cet aperçu phénoménologique avait pour buts de resituer l'hystérie et d'en dégager un sens pouvant unifier l'ensemble. En effet, l'hystérie a disparu en tant que telle de ces classifications, et pourtant, elle est toujours (et trop souvent) utilisée dans la pratique clinique quotidienne (psychiatrique et somatique). Nous disons « trop souvent » car nous ne savons plus vraiment de qui ou de quoi nous parlons. L'hystérie s'est elle-même hystérisée. Les approches catégorielles des troubles de la personnalité n'apportent, à notre sens, qu'une vision très partielle et tronquée de l'hystérie. Nombre de manifestations de l'hystérie ne rentrent dans aucune, ou rentrent dans toutes les classifications, ce qui entretient son caractère nébuleux. Pour autant, il n'apparaît pas pertinent de l'exclure des descriptions. Le rapport au monde hystérique, son expressionnisme, est trop proche du mouvement général de la vie pour être ignoré. C'est justement à cause de cette proximité avec la vie esthétique, et son mouvement vital qu'elle ne peut être évincée.

Cette approche phénoménologique nous renvoie à d'autres questionnements. Tout d'abord, cela nous conduit à interroger nos pratiques médicales vis-à-vis de l'hystérie. Reprenons les termes de Sydenham, toujours d'actualité :

« 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 ». [1]

En effet, parfois par erreur, parfois pour ne pas employer le terme hystérie ou histrionique, nombre d'étiquettes diagnostiques sont posées sur ce qui apparaîtrait être l'hystérie. Cependant, le diagnostic posé, quel qu'il soit, offre une « identité » de rôle de plus à l'hystérique. Nous nous trouvons en plein milieu de la quête de l'hystérique : « Dites-moi ce que j'ai ! Expliquez-moi pourquoi je souffre ! ». Cette identité (de rôle) de malade, l'hystérique va la surinvestir (comme il le fait habituellement). Favorisant, facticement, l'alliance thérapeutique initiale, ces diagnostics, trop souvent posés, semblent plus néfastes sur le long terme car il sera difficile d'en déloger l'hystérique. Cette identité de rôle de malade aura un double effet

pour lui : d'une part, être reconnu aux yeux des autres, par les représentations des autres (la problématique principale de l'hystérie), comme souffrant, et d'autre part, elle sera la réponse à sa question fondamentale : De quoi je souffre ?

Mais de quoi souffre l'hystérique ? L'hystérique souffre de ne pouvoir **Être**, de ne pas réussir à être pleinement. Nous l'avons vu, l'hystérique **apparaît être** au lieu **d'être**.

Parfois, cette souffrance s'exprimera dans des représentations archétypales du mal que notre société actuelle produit et tolère, telle la dépression par exemple. Loin de nous l'idée que l'hystérique ne puisse être déprimé. Cela se peut mais ne constitue pas le fond de sa souffrance. C'est en cela où le traitement échoue. Pour l'hystérique, il est toujours déprimé, car il souffre toujours malgré nos traitements. Il est notre échec, et cela est difficile (impossible ?) à accepter pour un médecin. Ce mode d'être-au-monde de l'hystérique nous renvoie à nos limites et au fait de pouvoir accepter que la médecine ne sait et ne peut pas tout résoudre. Cela implique également de pouvoir le restituer à l'hystérique. Il apparaît nécessaire de pouvoir accueillir la souffrance, la difficulté à être-au-monde, de l'hystérique, sans lui imposer (même si cela apparaît être sa demande) un diagnostic médical d'emblée. La phénoménologie psychiatrique invite donc à développer dans nos pratiques de soins par une « approche compréhensive » du patient, ce que Heidegger appelle « sollicitude » ou « être-avec » [37]. Si nous pouvons, nous médecins, soignants, accueillir cette souffrance juste pour ce qu'elle est, alors peut être l'hystérique le pourra aussi, car cela revient à accompagner l'autre à « se rendre lucide sur son souci » [37]. En acceptant, un peu, cette souffrance, alors s'acceptera-t-il peut être un peu plus, restaurant ainsi son pouvoir-être existentiel.

Un autre questionnement, dégagé par cette approche, se trouve être celui des classifications nosographiques concernant l'étude des troubles de la personnalité. En effet, nous voyons bien que les notions abordées, au cours de ce travail, ne peuvent être saisies par les critères actuels. En effet, certaines échelles d'orientation phénoménologiques telles l'Evaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi (EASE) [57] sont utilisées dans certaines pathologies (en l'occurrence la schizophrénie) afin de pouvoir mieux saisir les phénomènes vécus par les patients. Il apparaîtrait intéressant de poursuivre ce travail afin de pouvoir déterminer si des échelles d'orientation phénoménologiques pourraient être utilisées dans le cas de l'hystérie.

Nous sommes, bien sûr, conscients des limites de notre œuvre et de son caractère non exhaustif. En effet, les troubles dissociatifs de l'identité, autre partie de l'ancienne hystérie, se doivent d'être étudiés en profondeur afin d'appréhender et tenter de dégager un sens à ce phéno-

mène. Mais cette esquisse phénoménologique de l'hystérie semble pouvoir être un point de départ à la réalisation de ce travail.

CONCLUSION

Dans ce travail, nous avons souhaité revisiter la clinique de l'hystérie. De cette visite, essayons d'en conserver quelques sobres idées : l'hystérie réduite à son strict noyau générateur, que nous avons pu mettre en évidence, n'est pas nécessairement pathologique. Nous apparaissons tous être, à cet égard, thérapeutes les uns des autres, face à ce possible écart hystérique, pour autant qu'on en connaisse la possibilité et qu'on le juge comme tel.

L'attention que nous pouvons continuer à porter en tant que théoriciens, aux manifestations hystériques ou à la présence hystérique, peut conduire à trouver des nouvelles pistes nous permettant de mieux la comprendre, de mieux être avec elle. C'est en ce sens que la phénoménologie psychiatrique nous a paru être l'approche la plus pertinente pour s'approcher de la connaissance des troubles générateurs qui sous-tendent les manifestations psychopathologiques hystériques.

En effet, lorsque l'hystérie se fige, ne se positionne plus au monde que dans sa manière pathologique, alors elle devient plus sombre, plus grave. Elle signifie une pauvreté de sens de l'être-au-monde. Accroché au fil du style, du figural, l'hystérique ne peut plus embrasser les possibilités de l'humain, d'être avec les autres. Mais malgré cette position, cette pauvreté, il y a encore un sens au monde.

Ce sera donc en partant de ce fil, si fin soit-il, qu'il conviendra d'ouvrir un espace d'écoute à cette souffrance, comme dirait Fedida « de découvrir et d'apprendre le dialecte » de cette présence au monde [58]. A son contact, le psychiatre sera toujours mis à l'épreuve face à la question de la finitude humaine.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Trillat E. *Histoire de l'Hystérie*. Paris : Editions Frison-Roche ; 1986. p.5-215
- [2] Platon. *Le Timée*. Paris : Les Belles Lettres ; 1925.
- [3] Arétée de Cappadoce. *Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques*. Paris : Lagny ; 1834
- [4] Soranus d'Ephèse. *Traité des maladies des femmes*. Nancy : Berger-Levrault ; 1895
- [5] Freud S. *Au-delà du principe de plaisir*. Essai de psychanalyse. Paris : Edition Payot ; 2001. p 49-128
- [6] Galien. *Des Lieux Affectés*. Paris : J-B Baillière ; 1854
- [7] Michelet J. *La Femme*. Paris : Calmann Levy ; 1889
- [8] Gilliéron E. *Cadre et processus*. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 1992 ; 18 : 77-86
- [9] Israël L. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris: Masson; 2001
- [10] *American Psychiatric Association. DSM V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition, American Psychiatric Association; 2013*
- [11] Wildöcher D. *Concept de névrose*. Paris: EMC; 1998. p. 37-300-A-10.
- [12] Freud S, Charcot J-M. *Résultats, idées, problèmes*. Paris : Presses Universitaires de France ; 1984
- [13] Janet P. *L'automatisme psychologique*. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Réédition du texte de la 4e édition. Paris: Société Pierre Janet et le Laboratoire de psychologie pathologique de la Sorbonne avec le concours du CNRS ; 1973
- [14] *American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition : American Psychiatric Association ; 1994*
- [15] Gilliéron E. *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris : Dunod ; 2004

- [16] Jacobsen M.B. *Folie à plusieurs, de l'hystérie à la dépression*. Les empêcheurs de penser en rond, Le seuil 2002
- [17] Freud S. *Hysteria*. Cahiers Confrontations.1982
- [18] Freud S. *Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices et organiques*. Résultats, idées et problèmes. Paris : Presses Universitaires de France ; 1984
- [19] Freud S. *La perte de la réalité dans la névrose et la psychose*. Névrose, psychose et perversion. Paris : Presses Universitaires de France ; 1973
- [20] Gay P. *Freud, une vie*. Paris : Hachette ; 1991
- [21] Freud S, Breuer J. *Etudes sur l'hystérie*. Paris : Presses Universitaires de France ; 1956
- [22] Freud S. *Pour une théorie de l'attaque hystérique (1892)*. Résultats, idées, problèmes. Paris : Presses Universitaires de France ; 1984
- [23] Freud S. *Les psychonévroses de défense (1894)*, Névrose, psychose et perversion. Paris : Presses Universitaires de France ; 1973
- [24] Freud S. *Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense (1896)*. Névrose, psychose et perversion. Paris : Presses Universitaires de France ; 1973
- [25] Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard; 1987
- [26] *American Psychiatric Association. DSM I: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. First Edition. American Psychiatric Association; 1952*
- [27] *American Psychiatric Association. DSM II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition. American Psychiatric Association; 1968*
- [28] *American Psychiatric Association. DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders .Third Edition. American Psychiatric Association ; 1980*
- [29] Organisation mondiale de la santé. *CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson ; 1992
- [30] Bergeret J. *Psychologie pathologique, théorie et clinique*. Paris : Masson ; 2004
- [31] Deniker P, Lempérière T, Guyotat J. *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris : Masson ; 1989

- [32] Golse B. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Paris : Masson ; 2001
- [33] Diatkine R. *L'abord psychanalytique de l'hystérie*. Confrontations psychiatriques 1968
- [34] Schaeffer J. *L'hystérie : une libido en crise face à la différence des sexes*. Monographie de Psychanalyse ; 2000
- [35] Nasio J-D. *L'hystérie ou l'enfant magnifique de la psychanalyse*. Paris : Poche ; 1991
- [36] Charbonneau G. *L'homme et son hystérie*. Le Cercle herméneutique 2015
- [37] Heidegger M. *Etre et Temps*. Paris : Gallimard ; 1990
- [38] Husserl E. *Méditations cartésiennes*. Paris : Vrin ; 1947
- [39] Binswanger L. *Phénoménologie, psychologie, psychiatrie*. Paris : Vrin ; 2016
- [40] Dilthey W. *Introduction à l'étude des sciences humaines*. Paris : Presses Universitaires de France ; 1942
- [41] Kapsambélis V. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris : Presse Universitaire de France ; 2015
- [42] Ey H. *Manuel de Psychiatrie*. Paris : Elsevier-Masson ; 2010
- [43] Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil ; 1990
- [44] Charbonneau G. *Ipséité et Psychose*. La lettre du psychiatre 2005 ; 4
- [45] Abettan C. *L'hystérie, une pathologie de l'attestation ?* Revue PSN 2014
- [46] Cabestan P. *Etre soi-même, approche phénoménologique de l'authenticité et de l'inauthenticité*. Nature humaine 2010 ; 12
- [47] Sartre J-P. *L'être et le néant*. Paris : Gallimard ; 1976
- [48] Jaspers K. *Psychopathologie générale*. Paris : Bibliothèques des Introuvables ; 2000
- [49] Charbonneau G. *L'homme et son hystérie*. Le Cercle herméneutique 2015
- [50] Kraus A. *Modes d'existence des Hystériques et des Mélancoliques*. Psychiatrie et Existence, textes réunis par P.Fédida, J.Gillion ; 1991
- [51] Minkowski E. *Le contact vital à la réalité*. Le Temps vécu. Paris : Presses Universitaires de France ; 1995

- [52] Charbonneau G. *De l'hystérie masculine : comprendre l'hystérie par son expression masculine*. PSN 2006 ; 4
- [53] Charbonneau G. *L'identité sexuelle de genre et son expressionisme dans l'hystérie masculine*. Le Cercle Herméneutique 2015
- [54] Charbonneau G. *Immaturité adulte et conscience de rôle*. Abstract en psychiatrie 2010;45
- [55] Tellenbach H. *La Mélancolie*. Paris : Presses Universitaires de France ; 1979
- [56] Gens J-C. *La pensée herméneutique de Dilthey*. Editions Septentrion ; 2002
- [57] Parnas J et al., *EASE: Examination of Anomalous Self-Experience, Psychopathology* 2005;38
- [58] Fedida P. *Des bienfaits de la dépression*. De l'importance de la psychologie. Paris : Odile Jacob ; 2001. p. 246

TITRE : APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE DE L'HYSTERIE

RESUME : L'hystérie présente un tableau clinique polymorphe regroupant une variété de symptômes importants entre lesquels il est parfois complexe d'établir un lien de continuité. Afin de pouvoir appréhender le mode de présence hystérique, nous avons fait appel à des notions de phénoménologie. Elles ont permis d'une part, de rendre compte d'une défaillance dans la construction identitaire, et d'autre part, de mettre en lumière le positionnement central de l'hystérique dans l'espace intersubjectif ainsi que sa relation privilégiée aux types. Cette approche a permis de rassembler la multitude de symptômes hystériques autour d'un sens commun et de réussir à en dégager un noyau conceptuel.

MOTS CLES : Hystérie, Phénoménologie, Inauthenticité, Idem, Centralité

TITLE: A PHENOMENOLOGICAL APPROACH OF HYSTERIA

RESUME: Hysteria presents a polymorphic clinical picture, bringing together a variety of significant symptoms, between which it is sometimes difficult to establish a link. In order to understand the presence of hysteria, we use phenomenological concepts. On the one hand, they made it possible to account for a failure in the construction of identity and, on the other hand, to highlight the central positioning of the hysteric in the intersubjective space as well as its special relationship to others. This approach has joined this multitude of hysterical symptoms around a common meaning and succeeds in identifying a conceptual core.

KEYWORDS: Hysteria, Phenomenology, Inauthenticity, Idem, Centrality

