HAL open science

Place de l'hystérie dans les nosographies psychopathologiques et les approches psychodynamiques contemporaines

Claire Rodrigues, Claude de Tychey

▶ **To cite this version:**

Claire Rodrigues, Claude de Tychey. Place de l'hystérie dans les nosographies psychopathologiques et les approches psychodynamiques contemporaines. L'Évolution Psychiatrique, 2019, 84 (3), pp.488-499. 10.1016/j.evopsy.2019.03.008 . halshs-02357301

HAL Id: halshs-02357301

https://shs.hal.science/halshs-02357301v1

Submitted on 20 Dec 2021

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385519300374
Manuscript_a1a303881f08e9d6274ee91975ac200c

Place de l'hystérie dans les nosographies psychopathologiques et les approches psychodynamiques contemporaines.

The place of hysteria in contemporary psychopathological nosographies and psychodynamic approaches.

Claire Rodrigues 1*, Claude de Tychey 2

1 Docteur en Psychologie clinique et psychopathologie et psychologue clinicienne. Laboratoire INTERPSY - Equipe PSYCLIP (E.A. N°4432), Université de Lorraine. Campus Lettres et Sciences Humaines et Sociales 23, Boulevard Albert 1 er 54015 Nancy cedex, France

2 Professeur émérite de Psychologie clinique et psychopathologie. Laboratoire INTERPSY - Equipe PSYCLIP (E.A. N°4432), Université de Lorraine. Campus Lettres et Sciences Humaines et Sociales 23, Boulevard Albert 1 er 54015 Nancy cedex, France

*Auteur Correspondant : Mme Claire Rodrigues

Adresse e-mail : claire.rodrigues@cpn-laxou.com

Toute référence à cet article doit porter mention : Rodrigues C, De Tychey C. Place de l'hystérie dans les nosographies psychopathologiques et les approches psychodynamiques contemporaines. Evol psychiatr 2019 ; 84 (3) : pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique)

© 2019 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

L'hystérie est une notion ancienne, ayant été et demeurant encore, au cœur de controverses. Selon les époques, cultures et théoriciens, il lui a été attribué divers facteurs pathogènes et définitions. Nous ne reviendrons pas sur ceux-ci, notre intérêt se portant davantage sur la place qu'occupe l'hystérie dans les nosographies psychiatriques et les approches psychodynamiques actuelles. Relevons que les classifications psychiatriques ont fait ces dernières années l'objet de nombreux débats dans les publications francophones. Ainsi Chaperot [1] souligne-t-il, en partant d'un texte déjà ancien d'Ellenberger [2] mais toujours d'actualité, les « illusions de la classification psychiatrique pour indiquer les erreurs et pièges tendus par toute entreprise de classification qui apparaissent bien plus comme des constructions sociales, largement influencées par des modes intellectuelles, la subjectivité inconsciente des chercheurs, la structure même des langues dans lesquelles elles sont pensées» ([1], p.19). Plus récemment, Haustgen (2017) [3] faisant une synthèse des discussions menées au sein de la Société Médico-Psychologique pointe des éléments de clivage entre la psychiatrie américaine et la psychiatrie française, rejoignant d'une certaine façon le point de vue défendu par Le Malefan (2014) [4] qui met l'accent sur «les impasses de la taxinomie en psychiatrie, notamment lorsqu'elle nous vient du monde anglo-saxon»([4], p.1).

Après nous être intéressés à l'évolution du concept d'hystérie au cours du XXIème siècle, nous tenterons de détacher des caractéristiques communes aux différentes conceptions, ce qui pourrait permettre de réfuter la disparition de l'hystérie comme ce que certaines classifications internationales des troubles mentaux peuvent supposer ; et permettre une meilleure identification de la névrose hystérique, pour ainsi faciliter la pose de ce diagnostic en équipe clinique et alors proposer des prises en charge plus adaptées.

1 L'hystérie dans les nosographies psychiatriques modernes.

Dans les classifications psychiatriques des troubles mentaux, l'hystérie est davantage abordée en termes de symptômes, troubles ou encore pathologie. Ce sont les manifestations somatiques et symptômes de conversion

qui y sont principalement décrits, une hyper-expressivité somatique et des conflits psychologiques s'exprimant par la voie somatique étant en partie associés à l'hystérie. L'athéorisation, que prônent les classifications psychiatriques, notamment américaines, ne laisse que peu de place aux dimensions sexuelles, relationnelles ou encore de l'inconscient, pourtant au cœur des conceptions psychanalytiques et n'apporte aucune explication psychodynamique aux manifestations somatiques, bien qu'il semble malaisé de comprendre l'hystérie et la souffrance qui y est associée, en faisant abstraction de l'inconscient.

1.1 Les nosographies françaises.

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) [5], l'hystérie a été morcelée. Nous pouvons retrouver la notion d'hystérie de conversion dans les « troubles dissociatifs » et la notion d'hystérie d'angoisse dans les « autres troubles anxieux précisés ». Dans le chapitre des « troubles moteurs dissociatifs », apparaissent de nombreuses notions, accompagnées du terme « hystérique », telles qu'astasie (abasie), camptocormie, claudication, contractures, paralysie, dyskinésie, hémiplégie, mutisme, spasmes ou encore tremblements. Cela confirme l'accent principalement mis sur la dimension somatique de l'hystérie. La personnalité histrionique est également décrite dans la CIM-10. Ce trouble de la personnalité se caractérise par « une affectivité superficielle et labile, une dramatisation, un théâtralisme, une expression exagérée des émotions, une suggestibilité, un égocentrisme, une autocomplaisance, un manque de considération pour autrui, une tendance à être facilement blessé, un besoin d'excitation et un désir permanent d'être apprécié et d'être l'objet d'attention ». Le chapitre V (F) «Troubles mentaux » de la CIM-10 pourrait être de nature à faciliter un consensus dans l'approche diagnostique des psychiatres français, mais ce n'est malheureusement pas le cas selon nous, en raison de la diversité des autres modèles de référence utilisés par les cliniciens travaillant tant en institution qu'en libéral, du fait de leur propre parcours de formation universitaire et post-universitaire. Dans la CIM-11, nouvelle version que l'Organisation Mondiale de la Santé présentera à l'Assemblée mondiale de la santé, courant 2019, pour une adoption par les états membres et une entrée en vigueur courant 2022, sont conservées les notions d'amnésie

dissociative/fugue hystérique, de syndrome hystérique de Ganser, ainsi que le trouble de la personnalité histrionique.

Dans la réactualisation de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'adulte (CFTM) [6], contrairement à la CIM-10, les termes « hystérie » et « névrose » demeurent encore. La catégorie principale des « Troubles névrotiques », incluant les troubles névrotiques à dominantes anxieuse, hystérique, phobique, obsessionnelle et compulsive et les troubles de la personnalité y étant associés, apparaissent sur l'axe I, tout comme la catégorie complémentaire des « Manifestations et symptômes à type d'anxiété, de phobie, de compulsion, de conversion, de troubles de l'humeur, de trouble de l'adaptation, de dépersonnalisation, de régression, et autres ». Concernant les troubles névrotiques à dominante hystérique, les auteurs indiquent s'appuyer sur les trois éléments constituant la description nosologique classique de l'hystérie, à savoir le théâtralisme/histrionisme, la dissociation et la conversion, ces deux dernières ne devant pas être accompagnées de troubles somatiques objectifs. Les auteurs précisent que des éléments témoignent d'une corrélation temporelle entre l'apparition des symptômes, leurs contenus et des évènements de vie du sujet perturbants ou conflictuels. Le trouble de la personnalité névrotique à dominante hystérique se caractérise, quant à lui, principalement par des « modalités relationnelles sous-tendues par une quête excessive et déçue d'amour, d'intérêt et de reconnaissance », un recours au théâtralisme afin de « se mettre en valeur via la séduction, la dramatisation de ses plaintes, l'auto-commisération », ainsi que par une « tendance à l'idéalisation des liens affectifs et leur désidéalisation ». Enfin, les formes cliniques de l'hystérie se retrouvent, dans la CFTM, à travers les nombreux symptômes conversifs décrits, comme par exemple les symptômes moteurs, sensitifs, sensoriels ou psychiques de conversion, l'amnésie, fugue ou stupeur dissociatives; ou encore des états de transe, de possession, crépusculaires. Relevons que des notions psychodynamiques sont présentes dans la CFTM, tandis que la notion péjorative d'histrionisme n'apparait pas, péjorative car rappelons que le terme « histrionisme » est un néologisme, l'histrion étant un mauvais comédien jouant des farces bouffonnes.

Nous pouvons également retrouver dans quelques manuels ou dictionnaires français de psychiatrie contemporains, une référence freudienne, dans leur définition de l'hystérie. Tel est le cas dans le « *Dictionnaire de la psychiatrie* », lorsque Postel [7] signifie que: « l'hystérie est une névrose caractérisée par une intense demande

affective, une hyper-expressivité des affects, une intensité de la vie imaginaire, la fréquence de conversions somatiques, et qui peut s'interpréter comme due à la non-résolution du conflit œdipien et à une fixation dans une position relationnelle qui est celle d'un des premiers temps de l'Œdipe ».

La psychiatre Guttières-Green [8] revient sur la notion de conversion, en ayant également recours à une analyse empruntée de la psychanalyse. Pour elle, le saut dans le somatique permet aux hystériques, de décharger et calmer leur angoisse par l'évitement de la représentation pathogène, empêche la réalisation du désir interdit, en mettant en place une sorte de « handicap » et permettrait également de nier toute origine psychogène et sexuelle de la souffrance. Les symptômes physiques amènent les hystériques à consulter un médecin et ce dernier, touchant, soignant, donne un bon compromis entre le désir et l'interdit. Elle ajoute que par ce biais, le symptôme sert de substitut, le corps étant assimilable à un organe genital et l'organe malade et érotisé permettant alors de compenser l'absence du pénis, tout en mettant en scène la castration.

Enfin, certains psychiatres postulent que les passages à l'acte suicidaires répétitifs, lors des décompensations de grave hystérie, pourraient être une forme de conversion hystérique moderne en tant que résolution de la culpabilité œdipienne, tel est le cas de Legrand et Le Maléfan [9] qui suggèrent que le geste auto-agressif fait partie entière de l'hystérie contemporaine et le considèrent comme « une défense d'accès à l'Œdipe ». De nouveau, un lien entre psychiatrie et psychanalyse est fait.

1.2 Les nosographies américaines.

En 1952, l'hystérie apparait dans la première version du *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux* [10], en tant que névrose, mais les termes «hystérie» et « névrose » disparaissent, en 1980, du *DSM-III* [11]. Cela est expliqué par le fait que ces termes étaient jugés comme trop psychanalytiques et manquant de précision, les classifications des troubles mentaux se voulant athéoriques et descriptives. Cette disparition peut également être expliquée par le besoin de renforcer l'objectivité et la fidélité inter-juge [12], la nécessité de lutter contre la pose abusive du diagnostic d'hystérie, la connotation péjorative associée à l'hystérie, l'expansion du courant féministe [13], ou encore par le fait que les hystériques ne

consultant pas de psychiatres, mais leurs médecins traitants pour des troubles fonctionnels, les professionnels de la psychiatrie américaine ont pu croire en la disparition de l'hystérie.

Le terme « hystérie » a ainsi été remplacé, dans les nosographies psychiatriques américaines, par plusieurs troubles. Dans la dernière version du DSM-5 [14], les symptômes de l'hystérie d'ordre corporel se retrouvent dans la catégorie des « Troubles à symptomatologie somatique et apparentés ». Les troubles de conversion font référence, dans cette nouvelle édition, à des troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle, ce qui écarte alors toute référence psychologique. Tandis que les troubles psychiques sont associés aux troubles dissociatifs suivants : amnésie ou fugue dissociative, trouble dissociatif de l'identité, dépersonnalisation/déréalisation et autre trouble dissociatif spécifié. La description de la personnalité histrionique a été modifiée avec la réédition du DSM-5 et nous retrouvons comme caractéristiques un malaise dans les situations où la personne n'est pas au centre de l'attention, un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante, une expression émotionnelle superficielle et labile, le recours à l'aspect physique pour attirer l'attention d'autrui, la dramatisation et théâtralisme, la suggestibilité, ainsi que par une impression que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

Il peut être intéressant de préciser que la grande majorité des analyses factorielles ne confirme pas la concordance entre les symptômes hystériques et la personnalité histrionique. Par exemple, Blagov et Western [15], par le biais d'une analyse factorielle, relèvent, parmi leur cohorte de patients répondant aux critères symptomatiques du DSM-IV de la personnalité histrionique, trois sous-types de personnalité, dont un proche de la personnalité hystérique au sens psychanalytique, mais les deux autres, proches d'une organisation limite ou des personnalités dépendantes.

Notons qu'il peut être regrettable que ces classifications psychiatriques, françaises, comme américaines, ne mettent pas davantage l'accent sur les affects dépressifs et éléments phobiques car bien que les symptômes hystériques peuvent parfois s'exprimer de façon spectaculaire, ils s'expriment, de nos jours, de façon plus discrète, par des plaintes, mais aussi par de l'angoisse, des phobies ou des états anxio-dépressifs, pouvant parfois aboutir au suicide, ou encore dans des conduites pathologiques comme l'alcoolisme.

Concernant la disparition de l'hystérie des classifications, indiquons que les recherches d'Akagi et House [16] indiquent que la fréquence de l'hystérie de conversion a été constante durant les cent dernières années dans l'ensemble des pays développés. En effet, les symptômes somatiques ne pouvant être expliqués objectivement se multiplient et nous pouvons remarquer l'apparition parallèle de nouveaux termes venant masquer celui de « conversion hystérique », tels que spasmophilie, troubles musculo-squelettiques, fibromyalgie. L'apparition de paralysies énigmatiques chez les femmes, comme chez les hommes, peut également constituer les nouvelles manifestations hystériques [17].

2 L'hystérie dans les conceptions psychanalytiques modernes.

En introduction à cette section, indiquons que les travaux de Freud ont permis à l'hystérie d'être considérée comme un trouble psychogène, une névrose structurée de niveau œdipien et non plus comme une affection neurologique. En 1895, Freud propose la théorie de la séduction ou neurotica, dans laquelle il postule que le refoulement d'un traumatisme sexuel infantile serait à la base de l'hystérie. En 1897, il revient sur cela et propose la théorie du fantasme, reposant sur le refoulement d'un fantasme témoignant d'une résolution du conflit œdipien difficile. Tout au long de ses travaux, il attribuera à la sexualité un rôle prépondérant. Depuis les théories freudiennes, cohabitent de nombreuses conceptualisations de l'hystérie dans la psychanalyse, ayant pour point commun l'intérêt pour le rôle de l'inconscient. L'origine utérine a été bannie au fil des siècles et l'hystérie a été progressivement associée à la problématique du féminin et non au sexe féminin, à la question de la différenciation des sexes, à la réactivation de l'angoisse de castration ou encore à la non- résolution du conflit œdipien. Dans certaines théories, notamment dans les conceptions freudiennes et bergerétiennes, il existe deux types d'hystérie ou de structures hystériques, une se caractérisant par une conversion, l'autre par une angoisse, le point commun étant une pensée incestueuse refoulée et déplacée, soit sur une partie du corps, soit dans une angoisse, une phobie. Certains, encore, éclatent également l'hystérie et la retrouvent alors dans la névrose, la psychose et les organisations limites. Nous pourrions objecter à un certain nombre de modèles

psychanalytiques que nous allons passer en revue de ne pas suffisamment intégrer la question anthropologique et les transformations de la subjectivité par le social, la transformation contemporaine du sexuel et du statut de la subjectivité. Certains auteurs sont là pour nous le rappeler. Ainsi pour Ehrenberg [18] qui développe une réflexion sur l'évolution des conceptions de la santé mentale, nous négligeons beaucoup trop la dimension sociale des psychopathologies. Pour lui ([18], p.78) : « la subjectivité individuelle est devenue une question collective. Et la grande erreur, ajouterai-je, est d'identifier subjectivité et individualité, car cela conduit à chercher à l'intérieur du sujet (dans sa psyché ou dans son cerveau) des transformations de nature sociale, c'est-à-dire contextuelles ». Le statut du sexuel a lui aussi évolué comme le démontre par exemple la revue historique de littérature sur le corps hystérique réalisée récemment par Lepastier [19]. Certains auteurs soulignent cette évolution. Vuillaud [20] note par exemple que « le sexe est présent de façon plus libre dans le socius qu'autrefois, dans la libération des mœurs sexuelles, dans l'affichage de la pornographie » ([20], p. 252), mais nous nous demandons si l'évolution sociétale ne génère pas parallèlement une fragilisation de l'identité de genre portée par le déni latent de la différence. Nous souscrirons par ailleurs au point de vue d'Auxemery [21] qui reconnait « qu'intégrer tous ces déterminants psychodynamiques, biologiques et anthropologiques au sein d'une classification est particulièrement complexe » ([21], p .91).

2.1 Les nosographies françaises.

Au cours du XXème siècle, Lacan et Bergeret ont largement contribué au développement de la connaissance psychanalytique de l'hystérie et les théories psychodynamiques du XXIème siècle leur empruntent de nombreuses notions.

Bergeret [22,23] introduit la notion de « structure hystérique » et distingue une structure hystérique d'angoisse et une structure hystérique de conversion. L'hystérie n'est donc plus perçue comme uniquement une pathologie, mais comme une forme d'organisation de la personnalité se caractérisant par une vie sexuelle tumultueuse, avec des échecs répétitifs consécutifs d'un conflit œdipien, avatar de la

dynamique œdipienne, par une forte composante érotique influant sur tous les domaines de la vie et sur les relations, par des investissements objectaux divers et multiples, ou encore par le recours massif au refoulement, comme mécanisme de défense. Bergeret place, au cœur de la structure hystérique, l'angoisse de castration, engendrant l'angoisse de voir la pensée interdite devenir réelle d'où la nécessité de déplacer cette dernière sur l'élément de défense phobique chez les hystéro-phobiques ; engendrant l'angoisse de la réalisation des représentations amoureuses, coupables et interdites, concernant le parent du sexe opposé, d'où la nécessité de les déplacer sur une partie du corps, choisie pour sa valeur symbolique et pour son érogénéité, dans l'hystérie de conversion. Cette notion de structure de personnalité hystérique et ses caractéristiques demeurent une réference dans les conceptions psychanalytiques du XXIème siècle.

Comme Khan [24], plusieurs psychanalystes français placent également l'origine de l'hystérie dans un stade préœdipien et trouvent l'origine des névroses dans des carences maternelles et dans un défaut de holding, qui constituerait un traumatisme pour l'enfant : l'expérience décevante avec la mère ferait que les hystériques auraient besoin d'être aimés mais craignent de ne pas l'être. Pour répondre aux défaillances maternelles, lutter contre les premières angoisses et premiers ressentis consécutifs du défaut de holding, les futur(e)s hystériques useraient d'une érotisation trop précoce et excessive de la relation avec la figure paternelle.

Au siècle dernier, Lacan décrit les hystériques comme des sujets aimant par procuration, dont l'objet serait homosexuel et qui aborderaient cet objet homosexuel par le biais de l'identification à une personne de l'autre sexe [25]. Lacan a théorisé autour de la problématique d'identification sexuelle, d'identification symbolique, cette difficulté pour les patientes hystériques étant d'autant plus grande qu'il n'y a pas de symbolisation du sexe féminin, comme il y a une symbolisation du sexe masculin par le biais du phallus ***1***. Lacan s'est également intéressé au désir inconscient des hystériques caché par le symptôme, au fantasme hystérique et ajoute que les hystériques, craignant la jouissance, désirent garder

1 Lacan J. L'identification. Inédit. Leçon du 27 juin 1962.

leur désir insatisfait, puis exhibent cette insatisfaction, ce qui est motif de jouissance ([26], p. 505). Ce désir insatisfait permet aux femmes hystériques de se représenter un Autre incomplet, incapable de les satisfaire et cette incomplétude de l'Autre réel leur permet de se constituer et le rend désirable. Ce désir insatisfait leur permet alors de se créer un Autre réel. Lacan reliera également le désir hystérique au signifiant phallus. Il est intéressant de noter qu'il y a toujours une part de subjectivité dans l'appréhension que le clinicien fera du modèle théorique qui lui sert de référence. Ainsi pour Feys [27] :« on peut récuser l'approche structurale et à partir de la lecture des textes de Freud et Lacan refuser la différenciation nette entre névrose et psychose en cherchant à défendre une conception dimensionnelle de la folie ». Elle n'est pas la nôtre mais nous partageons son propos quand il déclare ([27], p. 683) : « choisir son modèle de classification est un choix que doit faire chaque soignant et ce choix n'est pas sans importance ».

Les notions lacaniennes sont reprises, au XXIème siècle, notamment par Schaeffer [28,29]. Pour cette psychanalyste, l'hystérie se déploie à la puberté, consécutivement à une poussée libidinale et la problématique à la différence des sexes est alors le « surgissement du féminin érotique, effractif pour la fille, comme pour le garçon ». Cette période de puberté est marquée par une recrudescence du conflit œdipien et de l'angoisse de castration, ainsi que par le questionnement de comment être un être sexué en étant dépourvu d'un pénis. Les deux sexes vont passer par une période de surinvestissement du pénis pour se détacher de l'imago de la mère toute-puissante et tenter d'apporter une solution au problème du féminin, ce qui va engendrer l'angoisse de castration. Alors intervient la peur de la jouissance sexuelle, qui nécessite que la représentation du fantasme homosexuel de l'inceste avec la mère (ou la sœur) soit dépassée. Le garçon, ayant un pénis contrairement à sa mère, y parvient plus aisément. Il est également aidé par l'angoisse de castration et l'identification paternelle qui lui permettent de « symboliser la partie pour le tout ». La fille, quant à elle, va avoir recours à la « logique phallique ». L'envie de pénis renvoie à une envie phallique narcissique et non érotique car elle a conscience que ce manque ne la privera pas de sensations sensuelles. Les « angoisses de féminin » accompagnent l'angoisse de castration, chez les filles et les garçons, mais différemment. La mère n'ayant pas muni la fille de pénis, cette dernière se tourne vers son père pour lui adresser son besoin de reconnaissance et adresse à sa mère des reproches. Une fille ne

deviendra femme que contre le féminin maternel. Se séparer de la mère, c'est la penser en tant que femme et la petite fille va vers le père ; ce qui signe l'entrée dans l'Œdipe. La fillette attend de son père une réparation narcissique du préjudice causé par l'absence de pénis, d'être aimée en tant que fille, la reconnaissance de ce père, un nouveau regard, celui d'un homme. Schaeffer s'intéresse également à la place de l'angoisse chez l'hystérique: l'hystérique est attaché(e) à son angoisse, joue et érotise l'angoisse, a peur d'oublier d'avoir peur. L'hystérique se met en position de victime et projette, sur autrui, sa pulsion, dans le but de le rendre coupable, de lui faire vivre le même dommage qu'il ou elle pense avoir vécu. L'hystérique se plait à rejouer le « traumatisme venu du dehors », ce qui lui permet de nier l'origine interne de la pulsion. Ce que l'hystérique répète est l'insatisfaction. Elle a le désir du désir insatisfait. Il en est de même dans la séduction. La séduction a pour but de rejouer, de projeter le sexuel survenu brutalement lors de la puberté, afin de susciter le désir, mais aussi la même brutalité vécue, l'objectif ultime de cette séduction étant la déception.

Vuillaud [20], psychologue clinicienne psychanalyste, en utilisant des entretiens et des méthodes projectives (Rorschach + T.A.T), a mis en évidence la difficulté qui existe à confronter des diagnostics psychiatriques athéoriques et des diagnostics psychopathologiques psychanalytiques pour des patients présentant une symptomatologie hystérique et/ou obsessionnelle. Roussillon [30] qui est le modèle théorique auquel se réfère Vuillaud [31] propose d'abandonner le concept de structure trop rigide à ses yeux au profit des concepts de processus et de pôles organisateurs de la psyché. Une autre critique de Roussillon [30] reprise par Vuillaud [31] du concept de structure porte sur le rôle supposé insuffisamment pris en compte de l'objet et son impact évolutif sur le sujet. Les résultats mettent dès lors en évidence la transnosographie psychopathologiques des processus hystériques chez les femmes et hommes au sein des organisations névrotiques, narcissiques et limites. Le seul point de convergence entre le trouble de la personnalité histrionique et le trouble de la personnalité obsessionnelle porte sur le trouble dépressif et le trouble anxieux associés à des troubles somatiques (dont des troubles de conversion).

Nous souhaitons ici suggérer au lecteur l'importance toujours centrale du cadre théorique de

référence du clinicien pour interpréter dans une perspective diagnostique et de prise en charge les données cliniques et projectives. Nous prendrons ici appui sur d'autres travaux menés en clinique projective dans une perspective de diagnostic différentiel [32-34] sur des sujets présentant une organisation soit névrotique hystérique soit limite narcissique soit psychotique à partir du référentiel structural de Jean Bergeret [22,23]. Mais auparavant nous pensons nécessaire de répondre à la double critique formulée par Roussillon [30] et reprise par Vuillaud [20, 31] à l'encontre du modèle structural Bergeretien, car elle nous apparait singulièrement discutable. Il est illégitime selon nous d'insister sur la rigidité du modèle structural et sa prise en compte supposée faible du pouvoir réorganisateur de l'objet. Certes dans ce modèle, un sujet présentant une structure névrotique de personnalité la conservera sa vie durant de même qu'un sujet présentant une structure psychotique mais dans la perspective dimensionnelle originale chère à Bergeret d'un continuum normal/pathologique à l'intérieur de chaque structure, il y un espace très important de changement pour chacun dans ces deux structures selon que le mode d'organisation du sujet, influencé par les avatars possibles de ses rencontres avec les différents objets qui traversent sa vie, est stable, instable ou décompensé. L'espace de changement est encore plus exponentiel pour les sujets qui actuellement tant en clinique du normal qu'en psychiatrie sont en augmentation croissante et qui présentent un mode d'organisation limite-narcissique. En effet, Bergeret a toujours soutenu qu'à l'intérieur de cette large lignée, un sujet en souffrance, car fragilisé dans son narcissisme, pouvait précisément, grâce au pouvoir réorganisateur de l'objet thérapeute (et /ou de l'objet amoureux), soit se reconstruire sur un mode névrotique, soit se déconstruire sur un mode psychotique. Le modèle structural de Bergeret est le seul qui considère la structure hystérique sur un mode pouvant être adaptatif et non obligatoirement pathologique, quand ce mode d'organisation est stable et s'exprime par le caractère hystérique compensé. Ce dernier représente même à ses yeux le niveau de développement psychosexuel le plus abouti de la personnalité d'un sujet.

2.2 Les nosographies américaines.

L'hystérie n'a pas disparu des classifications psychanalytiques américaines. Dans la classification américaine PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual) [35], apparaissent, sur l'axe décrivant les différents types de personnalité et troubles pouvant y être associés, les « troubles de la personnalité hystérique (histrionique) ». Les sujets présentant ce trouble sont alors décrits comme préoccupés par les questions de genre, de sexualité et de pouvoir. Ces sujets sont répartis sur deux catégories : les démonstratifs, en quête d'attention, comme décrit dans le DSM-5, et les inhibés, naïfs et conventionnels. Inconsciemment, ces sujets auraient tendance à se considérer comme faibles, dévalorisés du fait de leur genre et perçoivent ainsi les personnes du sexe opposé comme puissants, excitants, les envient. Les structures hystériques se caractérisant par l'inhibition se définissent par la réserve émotionnelle, la naïveté sexuelle, l'inexpérience et l'inhibition, les symptômes de conversion et la somatisation. Les structures hystériques dominées par la théâtralité se caractérisent, quant à elles, par une tendance à des crises répétées et à la dramatisation, par la séduction et l'impulsivité sexuelle. Nous retrouvons dans le PDM, le résultat d'une recherche clinique indiquant que les individus hétérosexuels ayant été déçus par le parent du même sexe et sur-stimulés par le parent du sexe opposé, en grandissant, sont susceptibles de se développer sur un mode d'organisation hystérique. Il est également précisé que les sujets hystériques ou histrioniques acceptent leur genre biologique, mais ressentent des inconvénients importants liés à leur genre, et qu'ils peuvent rechercher le pouvoir en usant de séduction envers les personnes du « genre surévalué ». Cependant, l'intimité sexuelle est source de conflit, en raison d'une honte inconsciente de son corps sexué et de la peur d'être endommagé par l'autre puissant. Certains hystériques sont dans l'évitement de la sexualité, tandis que d'autres afficheront leur sexualité, de manière exhibitionniste, dans le but de lutter contre la peur et la honte inconscientes. La description du PDM indique aussi que les patients hystériques auraient peur d'une surstimulation venant de l'intérieur et perçoivent alors leurs sentiments et désirs avec anxiété. La crainte d'être submergés par leurs affects peut s'exprimer par la dramatisation, comme pour ridiculiser l'émotion en l'exagérant ou par le recours à la conversion. Ils peuvent rivaliser pour attirer l'attention, ce qui les rassure sur leur valeur, mais leurs qualités exhibitionnistes et compétitives sont limitées au domaine de la sexualité et du genre. En dehors

de cette sphère, ils peuvent témoigner d'attachements chaleureux et stables.

Mc Williams [36] revient sur la description de la personnalité hystérique, en précisant, que bien que le caractère hystérique ou histrionique soit plus présent chez les femmes, il peut se retrouver chez les hommes. Elle ne fait pas de distinction entre un caractère hystérique ou histrionique. Pour Mc Williams, l'hystérie peut être considérée comme une organisation névrotique mais elle ajoute toutefois qu'un certain nombre de personnes peut présenter des pathologies hystériques organisées à un niveau borderline, voire psychotique, de grandes différences existant entre les individus sains et malades. Les assisses narcissiques sont plus attaquées chez les sujets qui ont décompensé. Cette psychanalyste caractérise la personnalité hystérique par une anxiété, une réactivité dans les relations interpersonnelles, particulièrement dans les relations amoureuses souvent conflictuelles ; décrit ces personnes comme chaleureuses, intuitives, énergiques, attachées à des situations de drame personnel et de risque, émotionnellement labiles et comme étant dépendantes à l'excitation, ce qui expliquerait qu'elles aillent de crise en crise. Mc Williams ajoute à cette description que ces personnes ont généralement des professions à haute visibilité, telles qu'acteur ou enseignant. Cette auteure pense qu'il existe, chez la personne hystérique, une fixation à un niveau œdipien mais également à un niveau oral, avec une déception par rapport à la mère lors du maternage précoce et une érotisation précoce de la relation au père, ayant pour conséquence un amour intense pour le père et un rejet de la mère dévalorisée. Cependant, si la personne hystérique continue à voir les hommes comme forts et excitants, inconsciemment elle les hait ou les envie parce qu'ils ont ce qu'elle n'a pas. Elle va alors avoir recours à sa sexualité, comme une forme de pouvoir donné par son genre, en cherchant à être séduisante. Les pères des femmes hystériques ont souvent été à la fois séduisants et angoissants, ce qui crée un conflit approche/évitement, un désir/interdit… La personnalité histrionique serait dépendante des autres car elle s'attache à eux de manière idéalisée. L'attractivité sexuelle, étant perçue comme le seul pouvoir associé à la féminité chez la femme hystérique, est surinvestie. Chez la femme histrionique, la séduction est utilisée comme défense narcissique afin de restaurer l'estime de soi. Dans l'imagerie fantasmatique des hommes et des femmes hystériques, des symboles représentant la possession d'un utérus et d'un pénis se retrouveraient, masculinité équivalent à activité et féminité à passivité.

3 Conclusion.

La psychiatrie perçoit l'hystérie comme une pathologie, un trouble de la personnalité et accorde beaucoup d'importance à ce que le corps donne à regarder au travers des nombreuses manifestations somatiques, tandis que la psychanalyse, notamment avec Bergeret [22- 23], perçoit l'hystérie comme un mode d'organisation de la personnalité et s'intéresse à la sexualité, au conflit œdipien ou encore au refoulement.

Il semble important de revenir sur la disparition et l'éclatement en divers troubles « somatoformes » de l'hystérie, dans des nosographies psychiatriques, et notamment de préciser, bien que cela ne soit pas indiqué, que plusieurs troubles anxieux, dépeints dans ces nosographies peuvent également présenter des caractéristiques communes avec la structure hystérique : tel est le cas de la phobie spécifique où nous retrouvons un objet ou une situation décrit comme phobogène, provoquant anxiété ou peur disproportionnées, poussant à des conduites d'évitement et étant source de souffrance psychique ; ou encore de l'anxiété sociale où une ou des situations sociales provoquent phobie, anxiété et crainte d'être jugé négativement ou rejeté par les pairs si l'anxiété est apparente ; ou bien du trouble panique pouvant se rapprocher de l'hystérie de conversion car les manifestations corporelles accompagnant les attaques de panique, comme les palpitations, la tachycardie, les tremblements ou secousses musculaires, l'impression d'étouffement, les nausées, paresthésies, sensations de vertige ou encore bouffées de chaleur, ne sont pas sans rappeler quelques manifestations hystériques. Indiquons aussi que des similitudes peuvent se retrouver avec les personnalités histrioniques, comme le besoin d'attention et le recours à la théâtralité, mais aussi avec les personnalités dépendantes, comme le besoin excessif d'être rassuré par autrui, la difficulté à être en désaccord de crainte de perdre soutien et approbation ou la quête excessive de soutien et d'appui. Nous pouvons alors nous demander si la personnalité histrionique ne serait pas associée à la névrose hystérique, dans ces nosographies, à tort ? D'autant que chez les personnes histrioniques, une atteinte des assises narcissiques est observable, ce qui renverrait alors davantage à une organisation limite. Dans les structures

névrotiques hystériques, nous n'observons pas une si grande fragilité des assises narcissiques. Ou peut-être pourrions-nous conclure, tout en nuançant, que le trouble histrionique pourrait être assimilé à l'hystérie de conversion, tandis que les troubles anxieux, pourraient être assimilés à la structure hystéro-phobique ?

Indiquons également que le morcellement de l'hystérie en divers troubles, sa ressemblance avec certaines pathologies physiologiques, les différentes formes qu'elle peut prendre, ainsi que la question de la comorbidité, rendent la pose du diagnostic difficile, en se fondant uniquement sur les nosographies. Cela nous mène ainsi à conclure qu'il ne faudrait pas se donner uniquement des marqueurs symptomatiques pour parler d'hystérie. Pour assoir un diagnostic structural, nous ne pouvons pas seulement partir des modalités comportementales symptomatiques et du contre-transfert, mais nous devons également prendre en compte des critères du fonctionnement intrapsychique. Une compréhension de la souffrance du sujet englobant l'analyse du symptôme à l'origine de la plainte, ainsi que des processus inconscients, intrapsychiques, aux mécanismes défensifs privilégiés par le sujet, semble essentielle pour apporter, aux patients, une aide la plus adaptée.

Concernant les apports psychodynamiques, il semblerait qu'un consensus soit trouvé pour dire que le refoulement est l'organisation défensive privilégiée ou encore que les hystériques maintiennent volontairement leur désir insatisfait, craignant de jouir sans limite. Pour se protéger de cela, les hystériques mettent en place le fantasme angoissant de castration, autre consensus trouvé. Les hystériques présentent également des difficultés d'identification sexuelle et la problématique identitaire du féminin serait caractéristique. Enfin, ajoutons qu'il y a une non-résolution du conflit œdipien, s'accompagnant d'un besoin de séduction sexualisée, d'avidité affective, causant une vie sentimentale tumultueuse.

Une difficulté de la prise en charge demeure lorsque cet aspect psychodynamique est récusé. Il semble alors important de prendre en compte aussi bien les aspects psychiatriques, que psychanalytiques. De plus, les symptômes divergeant tellement, étant caméléonesques, nous ne pouvons pas uniquement nous fonder sur les apports de la psychiatrie pour reconnaitre l'hystérie. En effet, afin de garder son désir insatisfait, l'hystérique ne cessera de créer de nouvelles formes cliniques et nous pouvons nous attendre à ce que l'hystérie se travestisse encore dans l'avenir, tandis que les apports psychodynamiques sur

l'inconscient des hystériques ne présentent pas cette éphémérité. Ainsi, empruntons à la psychiatrie ce qui permet de réaliser le diagnostic différentiel et à la psychanalyse, ce qui permet de comprendre les manifestations hystériques. Empruntons à la psychiatrie, la tendance à observer, à voir; et à la psychanalyse, la tendance à écouter, à tendre l'oreille. Peut-être serait-il important de moins scinder l'hystérie, comme c'est le cas dans les classifications, en opposant les symptômes du corps et ceux de la pensée, comme l'hystérique scinde par exemple le couple parental, mais recréer une unité où chaque manifestation inconsciente trouverait sa place, d'autant plus que les manifestations somatiques présentent un caractère symbolique.

Concluons en nous interrogeant sur la place du symptôme. Le travail du soignant ne serait-il pas d'accompagner le patient hystérique dans ses souffrances, l'aider à trouver un nouvel équilibre, lui offrant suffisamment d'insatisfaction, en gardant à l'esprit que l'hystérique a besoin de son symptôme, est un(e) éternel(le) insatisfait(e), que la plainte est sa façon d'exister, et que rien ne sert d'abolir le symptôme, comme ce que pourrait vouloir la psychiatrie, car le symptôme ne fera que réapparaitre sous une autre forme ?

Au final, nous pensons que les travaux menés avec les référents structuraux de Bergeret et donnant une place centrale aux marqueurs intrapsychiques fondamentaux que sont la nature des conflits sexuels dominants associés aux avatars de la dynamique phallique- œdipienne, à l'angoisse dominante de castration générée et aux défenses principales pour y faire face, avec la place centrale du refoulement ainsi que du mode d'investissement d'objet sexuel génital privilégié, constituent des points de repères plus solides pour établir un diagnostic différentiel fiable et définir des axes de prise en charge plus précis qu'une démarche purement processuelle ou symptomatique. Cette dernière, dans les suivis longitudinaux de personnes en souffrance, conduit plus souvent à beaucoup de fluctuations d'identification diagnostique. Il existe d'autres modèles classificatoires de la structure hystérique en psychanalyse qui pourraient au premier abord paraître plus éloignés de celui de Bergeret. Ainsi Benedetti [37] va plus loin dans l'extension transnosographique de cette entité puisqu'il parle de l'importance du diagnostic différentiel entre hystérie, névrose narcissique et pseudo-hystérie, évoquant même plus loin la psychose hystérique. Il précise d'abord ([37], p. 53) « que la

psychanalyse a muri grâce à l'étude plus récente des troubles dépressifs, des caractéropathies, des névroses narcissiques et des syndromes borderline. De telles études ont permis de découvrir la présence de noyaux prégénitaux dans l'hystérie qui, au début de la psychanalyse n'étaient pas pris en compte. ». Il souligne plus loin ([37], p. 113-114) la possibilité d'existence de «psychoses hystériques» tout en pointant immédiatement « qu'une des caractéristiques des psychoses hystériques est qu'elles surgissent à la suite d'un violent trauma psychique » et en ajoutant « comme on le sait, la psychose hystérique, à la différence de la forme schizophrénique se dissipe en quelques jours ». Sommes-nous ici aux antipodes du point de vue structural bergeretien énoncé près de quarante ans plus tôt [22] ? Nous ne le pensons pas car Bergeret a toujours souligné que chaque structure de personnalité peut, durant sa trajectoire existentielle, emprunter des traits de caractères et des défenses appartenant à d'autres modes d'organisation de la personnalité. En définitive, il nous semble que ces deux perspectives ne sont nullement antinomiques mais complémentaires.

Chaque clinicien, en fonction de sa formation et des figures de proue qui l'ont aidé à penser et à dialoguer, va nécessairement privilégier un modèle théorique dans sa démarche clinique. Nous avons montré dans cette revue sur les conceptions contemporaines de l'hystérie, l'extrême diversité des modèles psychanalytiques qui peut contribuer autant à enrichir la psychanalyse et les cliniciens qu'à la desservir aux yeux de ses détracteurs. Ces derniers pourtant, même lorsqu'ils se proclament « athéoriques », ont des modèles implicites eux aussi variés (neurobiologiques, neurogénétiques…) pour construire leurs classifications.

Déclaration de liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références

[1] Chaperot C. Les illusions de la classification psychiatrique (1963) d'Henri-Frédéric Ellenberger : une introduction par la rédaction. Evolution Psychiatrique 2014 ; 79 : 19-21.

[2] Ellenberger H.F. Les illusions de la classification psychiatrique. Evolution Psychiatrique 1963 ; 28(2) :221-42.

[3] Haustgen T. Les discussions sur les classifications psychiatriques à la Société Médico- Psychologique (1860–2014). Annales Médico-Psychologiques 2017 ; 175 : 165-72.

[4] Le Maléfan P. Editorial. Evolution Psychiatrique 2014 ; 79 : 1–3.

[5] Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : dixième révision. Paris : Masson; 2000.

[6] Garrabé J, Kammerer F. Classification française des troubles mentaux R-201. Rennes : Presses de l'EHESP; 2015.

[7] Postel J. Dictionnaire de la psychiatrie. Paris : Larousse; 2011.

[8] Guttières-Green L. Hystérie éternelle, encore et toujours. Revue Française de psychanalyse 2003 ; 67 : 1139-58.

[9] Legrand C, Le Maléfan P. Tentatives suicidaires de l'hystérique : quels enjeux en milieu psychiatrique ?, Evol Psychiatr 2017;82:733-742.

[10] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (1st ed.). Waschington, DC : American Psychiatric Publishing; 1952.

[11] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (3rd ed.). Arlington VA : American Psychiatric Publishing; 1980.

[12] Debray Q, Granger B, Azais F. Psychopathologie de l'adulte. Paris : Masson; 1999.

[13] Lemperière T, Feline A, Gutmann A, Ades J, Pilate C. Psychiatrie de l'adulte. Paris : Masson; 1998.

[14] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.). Arlington VA : American Psychiatric Publishing; 2013.

[15] Blagov P, Westen D. Questioning the coherence of histrionic personality disorder. Borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents. J. Nerv.Ment Disease 2008;196:785-97.

[16] Akagi H, House A. The epidemiology of hysterical conversion. In : Halligan PW, Bass C, Marshall JC, editors. Contemporary approaches to the study of hysteria. Oxford : Oxford University Press; 2001. p. 73-87.

[17] Bulat-Manenti G. Complaisances hystériques dans la clinique actuelle. Figures de la psychanalyse 2014;27:125-32.

[18] Ehrenberg A. Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Revue Française des Affaires Sociales 2004 ; 1 : 77-88.

[19] Lepastier S. Le corps hystérique : de la clinique médicale à la mythologie. Analysis 2017 ; 1 :39-45.

[20] Vuillaud M. Hystérie et obsessionnalité au regard du DSM : Comparaison de diagnostics psychiatriques athéoriques et psychopathologiques psychanalytiques. Perspectives Psy 2015 ; 3 (54) : 245-53

[21] Auxemery Y. Vers une possible évolution fiable et valide de la nosographie psychiatrique moderne ? Analyse critique des origines du DSM-III aux hypothèses actuelles. Evolution Psychiatrique 2014 ; 79 :79-94.

[22] Bergeret J. La Personnalité normale et pathologique. Paris : Dunod; 1974.

[23] Bergeret J, editor. Abrégés de Psychologie pathologique. Paris : Masson ;1986.

[24] Khan MR. La rancune de l'hystérique. Nouvelle Revue de Psychanalyse 1974;10:151- 8.

[25] Lacan J. La relation d'objet. In: Lacan J. Le séminaire (IV). Paris: Le Seuil; 1956-1957. p. 131-147.

[26] Lacan J. Le séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation. Paris : Edition de la Martinière et le Champ Freudien; 2013.

[27] Feys JL. De la non existence des structures psychiques en psychanalyse. Inform.Psychiatr.2017 ;93 (6) :677-84.

[28] Schaeffer J. L'hystérie : une libido en crise face à la différence des sexes. In : Le Guen A, Anargyros A, Janin C, editors. Hystérie. Paris : Presses Universitaires de France; 2000. p.107-138.

[29] Schaeffer J. Hystérie : le risque du féminin. Figures de la psychanalyse 2014;27:55-67.

[30] Roussillon R. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Paris : Masson ;2007.

[31] Vuillaud M. Psychopathologie de l'hystérie : de l'hystérie aux processus hystériques. Persp. Psy 2017 ;56(2) :108-14 .

[32] De Tychey C.,Touvenot V. La dépression postnatale dans les organisations névrotiques hystériques à travers le test de Rorschach. Psychol. Clin. Project 1998;4:131-52.

[33] Navel A, Diwo R, Gerardin-Collet V, de Tychey C. Perte réelle du père à l'adolescence, avatars de la dynamique œdipienne et destins de la vie génitale : approche clinique et projective.(Rev. Franç.Psychiatr .Psychol Médicale 2009; 110 (11): 35-42.

[34] de Tychey C. Le Rorschach en Clinique de la dépression adulte. Paris:Dunod;2012.

[35] American Psychoanalytic Association. Psychodynamic diagnostic manual (PDM). Silver Spring, MD : Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.

[36] Mac Williams N. Psychoanalytic diagnosis : understanding personality structure in the clinical process. New-York : The Guilford Press; 2011.

[37] Benedetti G. Séminaires cliniques sur l'hystérie. Toulouse. Erès ;2013.