

Crises hystériques et mutations culturelles

SAMUEL LEPASTIER¹

PSYCHIATRE, PSYCHANALYSTE, UNIVERSITE PARIS OUEST, NANTERRE LA DEFENSE

Résumé:

L'étude de la clinique de l'hystérie a contribué à la naissance de la psychanalyse. Cette affection a été l'un des premiers troubles identifiés par les médecins sans que ceux-ci au cours de siècles aient pu proposer de solution vraiment satisfaisantes pour la comprendre. Chaque époque a tenté d'interpréter l'hystérie à partir d'un paradigme culturel dominant, la psychanalyse faisant ici une exception puisqu'elle est la seule discipline scientifique ayant fait de l'hystérie son paradigme. Le rêve est un équivalent d'accès hystérique et le concept de pulsion a été élaboré à partir de la conversion. Les manifestations contemporaines de l'hystérie, tout en s'inscrivant dans la continuité de toutes celles qui les ont précédées, témoignent de notre époque. Si l'affection n'est pas déterminée par les mutations culturelles, elle en constitue une interprétation. Si le mouvement symbolique est invariant, les manifestations de figuration, les modalités d'expression du langage et surtout le sens donné à ces formes autres évoluent en fonction de l'attitude des tiers interprétant ces signes, et donc de la culture.

Mots clés: Convulsions pseudo-épileptiques, Culture, Épidémies psychiques, Hystérie, Inconscient, Inquiétudes collectives, Trances rituelles.

Celle-ci [la moelle ou substance germinative] étant douée d'âme et trouvant une échappée, à l'endroit même où elle s'échappe, cause un vivant appétit de jaillissement et produit ainsi le désir d'engendrer. Voilà pourquoi, chez les hommes, ce qui tient à la nature des parties est un être indocile et autoritaire, une sorte d'animal qui n'entend point raison, et que ses appétits toujours excités portent à vouloir tout dominer. De même, chez les femmes, ce qu'on appelle matrice ou utérus est, pour les mêmes raisons, un animal en dedans d'elles, qui a l'appétit de faire des enfants: et lorsque, malgré l'âge propice, il reste un long temps sans fruit, il s'impatiente et supporte mal cet état; il erre partout dans le corps, obstrue les passages de son souffle, interdit la respiration, jette en des angoisses extrêmes et provoque des maladies, d'autres maladies de toutes sortes; et cela dure tant que des deux sexes l'appétit et le désir ne les amènent à une union où ils puissent cueillir comme à un arbre leur fruit [...].

Platon¹

¹ Docteur en médecine, docteur de l'université Paris-Descartes (psychologie), membre de la Société psychanalytique de Paris, ancien professeur associé de psychopathologie à l'université Paris Ouest, Nanterre La Défense, ancien praticien attaché consultant du service de psychiatrie de l'hôpital La Pitié – Salpêtrière (Paris), directeur de recherche à l'université Paris-Diderot (Sorbonne Paris Cité), chercheur-associé à l'Institut des Sciences de la communication du CNRS (Sorbonne Universités).

¹ Platon, *Timée ou de la nature*, trad.fr. J. Moreau, *Œuvres complètes, II*, Paris, Gallimard, 1950, Bibliothèque de la Pléiade, pp. 431-524, p. 522.

Toute mutation sociale entraîne un changement culturel perceptible au niveau individuel. Dans un monde en évolution rapide, il devient plus difficile de se situer dans la succession des générations, contrairement à ce qui se produit lorsque, par exemple, la chaîne familiale s'est inscrite dans la continuité de la propriété d'une même exploitation agricole. Les modifications sociales entraînent aussi de plus grande tension entre les sexes ce qui conduit à renouveler, en fin de compte, le questionnement sur l'identité. Après Freud (1930 *a*), François Richard a longuement décrit les spécificités du nouveau malaise dans la culture (F. Richard, 2011).

Comment, en effet, exister comme personne s'il faut prendre en compte des identifications contradictoires ? La question qui se pose dès lors est de savoir si, les rêves des jeunes gens d'aujourd'hui étant, dans tous les pays du monde, différents de ceux de leurs aînés, cette évolution traduit une modification psychique spécifique ou bien si, malgré une enveloppe apparemment différente, nous retrouvons en profondeur les mêmes conflits fondamentaux de l'être humain.

Une perspective psychanalytique doit proposer une synthèse entre deux mouvements d'apparence opposés.

D'une part, dans la mesure où l'inconscient se transmet de génération en génération, les mutations sociales ne peuvent qu'entraîner des modifications relativement superficielles dans notre être intime. Fondamentalement, notre psychisme n'est guère différent de celui des chasseurs-cueilleurs des premiers temps de la préhistoire, tel l'homme de Cro-Magnon. Les civilisations successives ont, chacune à sa manière, contenu ce noyau primitif en offrant des capacités accrues de sublimation et autorisant davantage de motions pulsionnelles altruistes et sociales. Cependant, ces couches culturelles restent relativement minces, comme plusieurs tragédies récentes de l'histoire, survenues parfois dans les pays qui se présentent volontiers comme étant les plus avancés dans le développement culturel, ne manquent pas de rappeler.

Mais d'autre part, s'il est vrai que l'inconscient est *Zeitlos* (atemporel), s'il est vrai également que le surmoi se construit par identification à celui des générations précédentes faisant ainsi que les effets d'un événement très ancien puissent se transmettre de manière quasi-indéfinie, il faut également prendre en compte le fait que, de manière au moins aussi marquante, des expériences individuelles dont certaines sont très précoces et d'autres plutôt tardives, sont susceptibles s'infléchir sensiblement la trajectoire d'un sujet, non seulement lors de l'enfance et de l'adolescence, mais tout au long de la

vie adulte. Il en va ainsi de la qualité des soins maternels, comme des éprouvés d'abandon et de carences précoces qui, au moins partiellement, sont conditionnés par des facteurs culturels. Plus tard, les particularités de l'éducation de la propreté, dont les contraintes préfigurent celles de l'apprentissage scolaire comme la place faite à la famille élargie et les modalités de séparation qui se posent avec une intensité croissante à mesure que l'enfant avance en âge, constituent autant d'événements touchant l'inconscient alors ces manifestations sont elles-mêmes largement tributaires de pressions sociales. À l'âge adulte, l'évolution de la vie sexuelle, les modalités des choix amoureux, les ruptures, l'accession à la parentalité, les contraintes professionnelles et les deuils sont autant d'occasions de remaniement de l'appareil psychique.

Enfin, le retentissement des traumatismes massifs ayant touché une population dans son ensemble ne doit pas être sous-estimé. Si, quand elle survient, une grande catastrophe est souvent incompréhensible pour ceux qui la subissent au point de rester fréquemment inélaborable pendant au moins la durée d'une génération, elle se trouve à long terme reprise dans la culture. C'est ainsi que les Acadiens ont forgé leur identité dans le souvenir de la déportation sanglante dont ont été victimes leurs ancêtres au XVIII^e siècle (C. Richard, 2006). Il ne serait pas difficile de repérer des exemples similaires dans des contextes culturels variés.

S'il n'est évidemment pas possible de traiter dans le cadre d'un article de l'ensemble des conséquences sur la vie psychique des mutations culturelles, il paraît à l'opposé judicieux de montrer comment des processus critiques, et plus spécialement les accès hystériques, permettent de mieux percevoir leur retentissement clinique. Plus limitée, en apparence, cette ambition poursuit en réalité des objectifs plus profonds car les mouvements du corps, perceptibles dans ces conjonctures, sont l'indice d'un processus de transformation partant d'une perturbation biologique pour aboutir à un discours affecté chargé de sens.

ORIGINE DE L'HYSTÉRIE:

Dans l'histoire de la médecine occidentale, la description la plus ancienne de l'hystérie, voici vingt-cinq siècles, est due à Hippocrate qui semble l'avoir empruntée à des traditions égyptiennes beaucoup plus anciennes encore (Catonné, 1992). Dans la mesure où ici, dans son évaluation, le clinicien ne peut se fonder que sur le seul témoignage de ses sens, aucune observation depuis la plus haute Antiquité n'est en soi obsolète. Ainsi, l'étude historique est un outil précieux pour appréhender des mutations culturelles à travers les variations des descriptions cliniques

d'une même entité, c'est précisément ce qui fait le prix de la description hippocratique.

Lorsqu'une femme a été trop longtemps privée contre son gré de relations sexuelles, son utérus, tel animal affamé, se met à errer dans tout le corps. Ses déplacements, irritant les organes qu'il traverse, expliquent la multiplicité, la variabilité et la labilité des signes cliniques observés. Telle une boule, l'utérus finit par remonter jusqu'à la gorge ou il provoque l'étouffement. La crise se termine par un éternuement. Le mot hystérie n'est pas employé en tant que tel et cet épisode est désigné sous le nom de *suffocation de la matrice*. Cependant, cette description reste incomplète. Il n'est pas dans les habitudes des médecins d'explorer systématiquement la vie sexuelle de leurs patientes. Ce qui est vrai aujourd'hui, devrait l'être également à l'époque hippocratique. Il faut donc supposer un implicite au tableau clinique en postulant que les médecins ont recueilli les confidences des femmes suffoquant à leur chevet. C'est sans doute ce qui les a conduits à présenter comme une description ce qui, en réalité, est interprétation des signes observés.

Néanmoins, ce tableau clinique a pour originalité de ne plus projeter la responsabilité des souffrances de la femme sur un démon car c'est une transgression des nécessités naturelles qui entraîne des désordres, à l'image des troubles produits par les carences alimentaires lorsque des personnes, en raison de conditions personnelles, sociales ou culturelles, ne peuvent être nourries à leur faim. C'est pourquoi, même s'il n'y est pas toujours fait référence de façon explicite, la suffocation de la matrice reste d'actualité. En français, nous continuons à dire, *avoir les boules*, pour désigner une personne angoissée. De même façon, nous accompagnons de l'expression, *à vos souhaits*, une personne qui éternue. Pour traiter la suffocation de la matrice, les auteurs hippocratiques cherchaient à faire revenir l'utérus dans son emplacement naturel et cela pouvait être effectué de deux manières: soit par répulsion, soit par attraction. La deuxième méthode, la plus douce, est malheureusement tombée en désuétude depuis longtemps. Elle consistait à faire brûler des parfums entre les cuisses de la femme afin qu'ils pénètrent dans les voies naturelles pour attirer l'utérus vers son emplacement initial. Autrement, on faisait respirer à la femme des vapeurs acres de sels d'ammoniac pour dégoûter l'utérus exotique et l'obliger à fuir dans son refuge naturel. Au début du XX^e siècle encore, les parisiennes élégantes ne manquaient pas de se promener en plaçant un flacon de sels dans leur sac de façon à les respirer immédiatement en cas de malaise.

Freud, lui-même, n'a pas totalement renoncé au modèle de la suffocation de la matrice lorsque en 1905, dans l'histoire clinique de Dora, il écrit: «Je tiens sans hésiter pour hystérique toute personne chez laquelle

une occasion d'excitation provoque surtout ou exclusivement du dégoût, que cette personne présente ou non des symptômes somatiques» (Freud, 1905 e, p.). Dans le prolongement des conceptions de Darwin (1872), le destin des affects, et non plus des représentations, définit l'hystérie. Tout d'abord, affaire «d'occasion», l'affection est une manifestation critique, ou tout au moins essentiellement perceptible lors de ses manifestations critiques. Comme chez les auteurs hippocratiques, des événements en rapport avec la vie sexuelle déclenchent la crise. Le passage de l'excitation sexuelle au dégoût constitue le deuxième point à étudier. Cette transformation résulte d'un double déplacement: d'une part, nous observons un mouvement du bas vers le haut: d'autre part, nous constatons une inversion du signe de l'affect qui passe du plaisir au dégoût. En d'autres termes, pour rester fidèles à l'esprit de la psychanalyse, la sexualité génitale se trouve refoulée au profit de l'excitation de la zone érogène orale. L'hystérie entraîne une régression temporelle qui suscite une inversion de signes. Le dégoût marque une excitation désagréable au niveau de la bouche. Ce qui pouvait être perçu comme l'indice d'un plaisir (comme en témoigne l'expression faire venir *l'eau à la bouche*) est négativé pour devenir celui d'une souffrance psychique. La progression des mouvements (excitation partant de l'utérus, remontant vers l'extrémité céphalique et la bouche) est une représentation intériorisée d'attaque hystérique, à peine démarquée de la description classique de la suffocation de la matrice.

Dans la crise, il est remarquable de relever la progression de l'affect avec la série: frigidité, dégoût, puis angoisse précédant la verbalisation. L'attaque hystérique est non seulement le moment du *saut mystérieux du psychique dans le somatique* mais aussi le temps de mise en place de la répression de l'angoisse. La *belle indifférence* manifeste l'abaissement extrême de tension psychique que réalise l'expression motrice de toute émotion, chez l'animal, l'*infans* et l'homme. Mais, contrairement aux auteurs hippocratiques, le processus est ici entièrement psychique. Entre la position d'Hippocrate et celle de Freud nous devons compter vingt-cinq siècles d'évolution culturelle.

LES FONDEMENTS CLINIQUES DE LA VIE PSYCHIQUE:

Le psychisme est composé de plusieurs strates. Certaines, qui accompagnent le comportement et de ce fait immédiatement accessibles par l'*introspection*, ont formé depuis toujours le noyau de la littérature et, d'une façon plus générale, des œuvres de culture, avant d'être analysées par la philosophie des perceptions ou des sensations puis faire enfin l'objet de travaux psychologiques. Le caractère limité et incertain des déductions tirées de l'*introspection* ont conduit à proposer, à partir du XIX^e siècle, le

recours à la *méthode clinique*. Dans la mesure où la pathologie accroit parfois jusqu'à la caricature des traits psychiques ordinairement présents de façon plus discrète, la maladie peut être considérée comme l'équivalent d'un processus expérimental qui aurait été réalisé spontanément par la nature. À partir des formes plus extrêmes, il est possible de mieux percevoir des aspects du fonctionnement mental ordinaire. En somme, la normalité se déduit du pathologique et non ce dernier qui serait défini par une norme posée *a priori*. C'est pourquoi, pour en revenir à l'objet de notre travail, Charcot s'est intéressé, malgré leur caractère exceptionnel, aux formes les plus spectaculaires d'attaques hystériques, auxquelles il a laissé son nom (la *grande hystérie* de Charcot et Richer) car elles contenaient toutes les manifestations de l'affection (Lepastier et Allilaire, 2006).

Pour Charcot, la *grande hystérie* ou *hystéro-épilepsie* est une attaque qui progresse en quatre phases : tonique, clonique, attitudes passionnelles et délire de mémoire qui met fin à la crise. La *phase tonique* ouvre la scène, elle est marquée par un grand cri suivi d'une perte de connaissance, le corps présente alors une rigidité tonique, parfois en arc de cercle. Lui succède la *phase clonique* (ou plus exactement clownesque) appelée aussi phase *des grands mouvements*. Le patient s'agite avec des mouvements caricaturaux qui évoquent ceux d'un clown au cirque. Progressivement, cependant, les mouvements prennent un caractère intentionnel, les contorsions expriment parfois les passions les plus variées. Puis, le malade mime le traumatisme qui est à l'origine de la crise (souvent une scène sexuelle) dans laquelle il joue successivement tous les personnages du drame. Nous sommes alors au cœur de la *phase des attitudes passionnelles*. Aux mouvements succèdent les paroles dans la phase terminale du *délire de mémoire* qui marque la fin des signes moteurs. Le délire porte sur les événements qui ont marqué la vie du malade. Les idées érotiques y ont souvent une place importante. Ainsi, Geneviève, une patiente de la Salpêtrière: «[...] ne continue pas l'histoire commencée, elle en reprend une autre par son milieu, semblant continuer un récit déjà entrepris, ou comme quelqu'un qui, feuilletant un volume, lirait au hasard les premières lignes de quelques pages». (Richer, 1885, p. 119). La fin de l'attaque est marquée par des sanglots, des pleurs, des rires, etc.

Des expériences affectives marquantes, équivalentes à des accès hystériques *a minima*, permettent parfois de retrouver des événements anciens dont nous avons cru le souvenir perdu. Cette expérience témoigne de la capacité de l'appareil psychique à conserver des traces du passé en dehors de la conscience. Ainsi, lors d'une épreuve académique, il arrive que des étudiants aient le sentiment au moment où ils prennent connaissance du sujet de composition, ne pas le savoir, mais, progressivement le puzzle se reconstitue, l'épreuve s'achève sur un succès et le candidat est alors heureux

de constater que ses connaissances sont plus étendues qu'il ne l'avait pensé dans un premier temps. Cette zone de la vie psychique, concept classique de la psychanalyse, correspond à ce que Freud a décrit sous le terme de *préconscient*: autrement dit, l'instance qui concerne des images et des pensées non présentes à l'esprit mais susceptibles d'être mobilisables en cas de nécessité (Luquet, 1987; Benyamin, 2013). Pour l'essentiel, ce que les psychologues cognitivistes désignent du terme d'«inconscient» correspond au préconscient des psychanalystes (Hardy-Baylé, 2002).

La situation se complexifie lorsqu'une représentation mentale que nous pensions mobilisable nous échappe au moment où, au moins à un niveau conscient, nous souhaiterions très vivement la retrouver. Si des étudiants qui pensaient ne pas connaître le cours retrouvent, sans être en mesure d'en percevoir le mécanisme en œuvre, leurs connaissances au cours de l'évaluation, à l'inverse, d'autres lors de l'examen, perdent leurs moyens sans pouvoir retrouver le savoir qu'ils croyaient avoir définitivement acquis. Non seulement, ils ne satisfont pas trop bien aux exigences universitaires mais, dans bien des cas, la mémoire revient une fois l'épreuve terminée. Ce type de conduite d'échec signe, non pas un affaiblissement du souvenir conduisant à son effacement mais, bien au contraire, un refoulement actif excessif. L'oubli a ici une fonction de défense névrotique, en particulier quand l'impétrant pense ne pas être digne du succès, ou bien encore quand il préfère prolonger sa présence à l'université pour retarder le moment de se confronter aux aléas de la vie professionnelle, ou enfin, dernière hypothèse mais souvent la plus significative, quand son respect à l'égard de ses parents lui interdit d'atteindre un niveau auquel ceux à qui il doit la vie et sa première éducation n'ont pu accéder. L'échec à l'examen malgré son caractère apparemment négatif, permet d'éviter d'affronter une trop grande angoisse. Le trouble névrotique procure donc à celui qui en est atteint un *bénéfice primaire* (la suppression où la limitation de l'angoisse) c'est pourquoi il est si difficile d'y renoncer même quand le caractère apparemment absurde du symptôme est reconnu. À une échelle plus ordinaire, les forces psychiques inconscientes se manifestent en permanence et, chacun de nous, présente de façon transitoire des symptômes qui tissent la trame de la «psychopathologie de la vie quotidienne» (Freud, 1901 *b*).

C'est pourquoi, aucune analyse psychopathologique ne saurait être complète sans prise en compte du système inconscient, en d'autres termes, de la strate du psychisme qui reste en tout état de cause inaccessible la conscience. Freud a opposé le système *Cs-Pcs* (conscient-préconscient) au système *Ics* (inconscient) car ils obéissent à deux logiques de fonctionnement mental différentes. Le système *Cs-Pcs* est soumis aux *processus secondaires*, rationnels tandis que le système *Ics* relève des

processus primaires qui sont ceux du rêve qui se situent «hors-temps», ignorent la négation et la contradiction et où les opérations psychologiques essentielles relèvent de la condensation et du déplacement (Freud, 1911b).

Dans d'autres cas, les symptômes ne sont pas immédiatement perceptibles et c'est seulement avec le recul du temps que nous pouvons constater qu'une personne semble, malgré elle, soumise à des forces qui la dépassent. Il n'est pas toujours possible de repérer l'origine d'un destin qu'il faut bien qualifier de tragique. Nous sommes d'autant plus confrontés à cette situation qu'elle est souvent à l'origine d'une demande de traitement psychanalytique (Oppenheimer, 1996). Une illustration clinique somme toute banale, permet de mieux mesurer les enjeux psychiques dans cette conjoncture. Une femme a épousé un homme qui la fait beaucoup souffrir. Après beaucoup d'hésitations, ayant longuement pesé le pour et le contre, elle prend la décision douloureuse de se séparer de son conjoint. Elle s'en trouve soulagée, ce qui lui permet quelque temps après de vivre une belle histoire d'amour qui la conduit, là encore après avoir pris le temps de la réflexion, à se lancer dans une nouvelle union. Malheureusement, au bout de quelques années (sinon parfois au bout de quelques mois seulement), elle retrouve avec son nouveau compagnon dans une situation très proche, si elle n'est pas identique, de celle vécue auparavant. Il n'est guère possible d'invoquer le manque d'expérience ou d'information. Dès lors, comment comprendre que cette femme, pourtant avisée, se soit ainsi laissée piéger à nouveau ? Force est alors de constater qu'elle a été prise malgré elle dans une *compulsion de répétition* qui l'amène à vivre une *névrose de destinée* (Freud, 1920 g; Bertrand, 2001).

Parce qu'elle impose de vivre dans la répétition, donnant aux tiers le sentiment que le sujet est comme possédé, la pulsion, ce composé mixte à la fois psychique et somatique, a été considérée par Freud comme « démoniaque » (Bokanowski, 1989). Comme s'il était possédé, le sujet vit progressivement une existence dans laquelle il se reconnaît de moins en moins. Plus que toutes autres, ces situations nous mettent en contact avec les processus psychiques inconscients. Dès lors, la question se pose de savoir comment accéder à la connaissance de la conscience d'une part et, d'autre part, question corollaire, de comprendre en quoi celle-ci peut aider une personne à se dégager des entraves douloureuses qui bornent son existence. Au point où nous en sommes, il est nécessaire ici de faire remarquer que si ces patients souffrent incontestablement, dans nombre de cas ils se dérobent devant l'éventualité d'une cure. Ils disent ne pas être motivés pour «s'engager là-dedans» ou se déclarent guéris après un entretien ou deux. D'une façon plus générale, nous ne manquons pas d'être frappés par la multitude des prétextes mis en avant pour écarter la perspective d'un

traitement, quelle que soit son orientation. Tout semble bon pour éviter de regarder le fond des choses. Or, nous le savons tous, il est exceptionnel, en cas de troubles somatiques, lorsque, par exemple, une personne souffre d'une rage de dents, que soit posée la question de sa motivation au traitement. De fait, il existe une différence de nature entre la souffrance psychique et celle qui résulte d'une maladie organique. Si celle-ci n'a pas de sens particulier, au moins en première approximation, celle-là, quelle que soit son intensité est toujours une solution de compromis que le patient hésite à abandonner par crainte de souffrir davantage encore.

En quelque sorte, le psychisme humain, et plus particulièrement le *Moi*, selon la définition qu'en donne la psychanalyse, est contraint de trouver sa place entre les exigences pulsionnelles émanant du *Ça* et les limitations imposées par le *Surmoi*, expression des images parentales intériorisées, comme enfin les aspirations de l'*Idéal du Moi* (Freud, 1923 b). Des positions individuelles peuvent devenir elles-mêmes des faits de culture quand elles se retrouvent à l'identique chez un grand nombre de personnes. Ainsi, les conduites d'échec d'étudiants, quand ils n'assument pas de dépasser le niveau culturel de leurs parents, sont un facteur important de reproduction sociale et freine dans nombre de sociétés des mutations nécessaires. Il faut prendre en compte le fait qu'une partie du surmoi est d'ordre culturel (Diatkine, 2000, 2001; Denis, 2013).

L'ACCÈS A LA CONNAISSANCE DE L'INCONSCIENT:

Les mouvements psychiques construisent en permanence un équilibre entre ce qui affleure à la conscience et ce qui reste inconscient. Pour Roger Perron, le processus de symbolisation qui consiste à relier des représentations mentales ne peut se concevoir en dehors d'une dialectique de l'absence de l'objet (Perron, 1997, pp. 399-401). Dans les épisodes critiques, les signes observés appartiennent aussi bien au registre pathologique, révélant une souffrance rattachée à l'infantile, qu'un mode d'échange où la dimension du plaisir est au premier plan de la recherche : les signes de transes rituelles, retrouvailles avec la mère, ne sont pas superposables à ceux des accès hystériques signant sa disparition. Devant ces conjonctures, la frontière entre l'inconscient qui cherche à se manifester en permanence et les mécanismes de défense se modifie permettant à une partie des contenus psychiques ordinairement refoulés d'accéder à la conscience. Au cours des accès hystériques ce phénomène est particulièrement perceptible, ce qui explique que ses premiers patients, atteints de cette affection, aient Freud sur la voie de découverte de la psychanalyse (Freud et Breuer, 1893 a). Celle-ci est intervenue lorsque Freud a pris conscience que le mode de formation des symptômes

hystériques était identique à celui des processus de figuration (condensation et déplacement) des représentations mentales du rêveur. Le rêve pouvait être considéré comme un équivalent de crise hystérique et son interprétation était la voie royale qui permettait d'accéder à l'inconscient (Freud, 1900 a).

C'est un changement de perspective considérable car reconnaître l'analogie du rêve et de l'hystérie a pour conséquence que la psychanalyse ne peut être considérée seulement comme une branche de la psychopathologie mais plutôt comme une discipline susceptible d'éclairer la dimension inconsciente latente dans toute production psychique, y compris chez les personnes et les groupes indemnes en apparence de troubles. La naissance de la psychanalyse date véritablement du moment où Freud prend conscience cette dimension anthropologique et que, à travers le rêve il découvre le *complexe d'Œdipe*. C'est pourquoi également, le modèle le plus généralement retenu pour l'étude de la vie psychique est celui du rêve. Dans le relâchement de la nuit, dans le remaniement la vie psychique et la réparation imposés par le sommeil, des figurations se mettent en place, qui ont pour objet de situer, en l'élaborant, la place des expériences les plus récentes au sein de celles qui les avaient précédées. Sans prétendre effectuer une interprétation qui aille au-delà de la conscience, constatons que les images du rêve reprennent des éléments de notre vécu, transformés par les deux opérations qui sont la condensation et le déplacement. Dans le chapitre sept de *L'Interprétation du rêve*, Freud montre que, d'une part, une même image du rêve condense plusieurs représentations différentes et d'autre part, certaines représentations sont déplacées sur d'autres (Freud, 1900 a, pp...).

Cependant, le contenu du rêve est d'abord connu par le souvenir incertain conservé au réveil. Secondairement, le récit qui en fait à d'autres est entaché d'encore plus d'approximations et de réélaborations. Sauf dans le cas de rêve traumatique caractérisé par leur caractère répétitif et l'absence d'élaboration par rapport à l'événement vécu auparavant, le *contenu manifeste* se caractérise par un nombre important de restes diurnes. Seul, le travail d'interprétation, effectué à partir des *associations libres* du rêveur, permet d'en approcher le *contenu latent* expression de l'inconscient et du passé infantile. En fin de compte, tout rêve exprime la réalisation d'un souhait. L'angoisse éprouvée dans certains rêves correspondants à la difficulté de reconnaître certains désirs inacceptables pour la conscience. Cependant, nous ne sommes jamais assurés que notre interprétation ne s'est pas contentée de substituer à un contenu manifeste un autre contenu manifeste. De plus, le rêve étant une activité auto érotique, son étude à elle seule n'offre pas d'outils suffisants pour rendre compte des effets de transfert, en particulier dans leurs conséquences dans la psychologie

collective et d'analyse de la culture où ils interviennent de façon significative.

Ces considérations m'ont amené, depuis longtemps déjà, à faire retour sur la clinique de l'hystérie et en cela j'ai été favorisé par mon travail à la Salpêtrière qui m'a offert la chance de pouvoir effectuer des recherches sur un matériel clinique proche de celui de Charcot.

La séance d'analyse ne peut être entièrement construite à partir du paradigme du rêve. Certes, le patient est allongé, il est incité à s'exprimer aussi librement possible et son fonctionnement psychique au moins dans les moments de régression peut se rapprocher de celui du rêveur. Cependant, restant éveillé, il ne cesse d'osciller entre différents niveaux, ce qui ne serait guère possible dans le rêve. Surtout, et c'est la différence fondamentale, le patient s'adresse à son psychanalyste dont il attend de recevoir de lui des interprétations qui éclairent son discours affecté. Nous sommes ici bien plus proches de l'accès hystérique, mouvement critique dont l'expression est toujours destinée à un interlocuteur. Avant Freud, Gilles de la Tourette, élève de Charcot avait noté que la crise hystérique était la mise en scène d'un rêve, il précise:

C'est ce rêve, en effet, objectivé dans les hallucinations des attitudes passionnelles si magistralement étudiées par M. Charcot, qui, chez les hystériques à attaques, va singulièrement influencer l'état mental dans les intervalles des accès. Lorsque l'attaque est terminée, le cerveau de l'hystérique a gardé de ce rêve une impression profonde, créée par les souvenirs anciens qu'il a réveillés, - car le rêve est toujours, ou le plus souvent, un rappel de faits passés, vécus, - impression d'où naît la joie et la tristesse, plus souvent cette dernière, car la phase triste est toujours plus intense que la phase gaie. Surtout, le développement de l'attaque est fonction du contenu d'un rêve (Gilles de la Tourette, 1891, pp. 494-495).

Alors que l'étude de l'hystérie a été l'un des points de départ de la psychanalyse, peu de progrès ont été faits depuis comme l'ont constaté les psychanalystes qui ont travaillé sur cette question (Wisdom, 1961; Bollas, 2000; Lepastier, 2004). Il n'est pas impossible que cela ait été dû à une erreur de perspective: au moins dans le dernier demi-siècle écoulé, l'hystérie a été davantage perçue comme une structure, alors qu'elle est essentiellement un processus critique.

En d'autres termes, lorsque le sujet est placé face à une représentation inconciliable pour le moi; en d'autres termes, une image intolérable pour lui, il tente de la refouler vers l'inconscient et cela se produit dans ce mécanisme qu'on appelle de crise hystérique.

Je vais en donner une illustration qui remonte aux tous premiers temps de ma pratique clinique, à l'époque lointaine où, pour compléter mes revenus, j'effectuais des remplacements de médecine générale dans le cadre de visites à domicile en urgence.

Je suis appelé un dimanche matin pour examiner une jeune femme à son domicile. Elle m'ouvre la porte et je constate qu'elle est apparemment seule chez elle. Elle est souriante et mutique, et d'emblée je suis saisi de perplexité. Elle me conduit dans la pièce de séjour pour que je l'examine comme si tout lui semblait évident. À ce moment-là seulement je constate qu'elle est curieusement penchée sur le côté. Je me reproche en moi-même d'avoir accepté ce travail car, déjà orienté en psychiatrie, je me pose à ce moment-là la question de savoir si je dispose toujours de connaissances suffisantes en médecine pour ne pas mettre mes patients que j'examine en danger. De fait, je me trouve face à une pathologie que j'ignore. M'armant de courage, je commence à examiner la patiente en me plaçant derrière elle. Incontestablement, elle est penchée sur le côté avec un angle d'environ 45°. Très prudemment, je tente de la mobiliser en la relevant doucement. Au bout de quelques instants, très brusquement, elle se redresse pour se pencher aussitôt du côté droit dans une position symétrique de la précédente. Intérieurement, je me sens plus à l'aise parce qu'aucune maladie organique n'aurait pu produire une telle évolution symptomatique. Nous sommes en présence ici d'un tableau classique d'hystérie de conversion déjà décrit au XIX^e siècle par l'École la Salpêtrière. Le corps de l'hystérique à l'issue de certaines crises reste tétanisé et forme un arc de cercle.

Après avoir mieux pris conscience de la situation dans laquelle je me trouve, je pratique une nouvelle manœuvre un peu plus énergique que les précédentes en redressant la patiente puis en maintenant ses épaules à l'horizontale pour bloquer l'impulsion à rebasculer l'autre côté qui se manifeste à nouveau. La patiente se met alors à convulser puis éclate en sanglots et, contrastant avec le mutisme des moments précédents, elle se met à parler avec une telle volubilité qu'il me devient impossible de lui poser la moindre question. La veille, samedi après-midi, alors qu'elle était avec son fils en train de faire ses courses, il lui a échappé des mains au moment de traverser la rue. Voyant une voiture arriver, elle s'était sentie particulièrement angoissée en pensant que son enfant pourrait bien être écrasé. Le symptôme hystérique représentait ce moment traumatique car la pose de la patiente était celle d'une mère tentant de rattraper l'enfant mis en danger par sa fugue.

Ayant repris ses esprits, la patiente semblait ne plus présenter de trouble moteur. Son visage détendu ne portait pas le sourire figé qu'elle avait présenté dans les premières minutes de la consultation. Cependant, alors qu'initialement je m'étais senti impuissant et paralysé, je me surprénais à éprouver à ce moment-là une impression de très grande facilité intellectuelle. Très vite, j'ai imaginé que la patiente venait de se séparer de son mari. J'ai imaginé que le fils devait passer ce week-end chez son père, ce qui expliquait pourquoi la patiente était apparemment seule dans son appartement. Il était sans doute douloureux pour cette jeune mère de savoir son confier son fils à un homme avec qui elle était en conflit pour se retrouver seule et imaginer l'enfant écrasé avait au moins pour avantage d'éviter de vivre cette séparation. Cette pensée étant naturellement intolérable pour une mère aimante, elle avait été aussitôt refoulée mais ce mouvement psychique s'était matérialisé dans son corps. Bien sûr, j'ai construit un véritable roman dont rien ne

prouve la véracité même s'ils donnent une cohérence à ce qui, en début de consultation paraissait particulièrement confus.

Ainsi, je suis passé d'un sentiment d'impuissance à une illusion d'emprise à l'égard de la patiente, ce qui est toujours le risque dans ce type d'affection. Cependant, dans l'espace d'une consultation unique qui, il est vrai, s'est déroulé pendant près d'une, nous pouvons retrouver tous les éléments d'une cure psychanalytique particulièrement accélérée. Tout d'abord la patiente présentée une *belle indifférence* à l'égard de son symptôme. C'est qu'en effet, la conversion réalise un bénéfice économique pour le sujet en lui épargnant l'angoisse. C'est pourquoi, le patient semble indifférent à ce qui inquiète son entourage. La formation du symptôme ayant amené chez lui un mieux-être, il a beaucoup de mal à y renoncer dans un deuxième temps. Quand j'ai commencé à mobiliser la patiente j'ai obtenu seulement un déplacement de son symptôme, ce qui lui a permis de continuer à échapper à l'angoisse. À partir du moment où je l'ai mobilisée, l'angoisse est réapparue : la crise s'est manifestée à nouveau et elle a revécu sur un mode basique hallucinatoire la scène traumatisante. Tout s'est bien passé comme si en parlant elle guérissait, mais nous percevons bien que le processus ne suit pas une voie rectiligne.

S'il y aurait sans doute davantage à dire de cet entretien, son intérêt majeur réside dans le fait qu'il montre de manière non équivoque, et sans suggestion aucune, par quelles voies l'analyse d'un symptôme corporel conduit à celle de l'histoire d'une vie. La crise hystérique demande à être interprétée suivant les mêmes règles que celles utilisées pour les rêves avec cet avantage que le clinicien est l'objet qui est adressé le symptôme. En d'autres termes, le transfert précède la crise et en détermine les modalités. C'est pourquoi, en situation de crise, comme le montre cet exemple, il est possible de percevoir directement les événements traumatiques et, ce que je serais tenté d'appeler *l'indice de vérité* est beaucoup plus marqué que dans l'interprétation des rêves. Toutefois, il faut bien avoir conscience que l'on accède ainsi seulement à la *vérité historique* du sujet, en d'autres termes, la manière dont il s'est appropriée son histoire et non pas la *vérité matérielle* qui serait celle opposable, le cas échéant auprès des tribunaux. Ainsi, chez l'adulte, nombre de représentations de séduction sexuelle renvoient en réalité à des expressions manifestes du complexe d'Œdipe. Une grande partie des fantasmes des sujets hystériques est en relation avec des conflits œdipiens. L'entretien que j'ai rapporté avec n'a pas permis d'accéder à ce niveau psychique accessible seulement avec la mise en place d'une relation transférentielle.

L'IDENTIFICATION HYSTÉRIQUE:

Les sujets hystériques ont une grande capacité d'identification, ce qui leur a souvent valu, avant la psychanalyse, la réputation d'être des simulateurs, ce qui les conduisait à être rejetés par les médecins. Charcot est l'un des premiers à avoir lutté contre ce mouvement qui conduisait à traiter ces sujets comme des «non-valeurs» (Charcot, p. 286). Dans le même temps, il a reconnu que l'imitation pouvait conduire à une contagion psychique. Ainsi, Georges Guinon, secrétaire de Charcot, à propos d'une patiente de ce dernier, *Marguerite Faf...* jeune fille de 22 ans qu'elle:

[...] imitait à s'y méprendre le tic convulsif mais il ne s'agissait point, chez elle, de cette dernière affection. Il y avait, en effet, à ce moment, dans les salles du service de clinique, une grande tiqueuse qui contamina toute une série d'hystériques (l'histoire de cette épidémie et la présentation des malades atteintes ont été faites par M. le Professeur Charcot, dans une des leçons cliniques de cette année). Notre malade compta parmi les victimes de la contagion et c'était chez elle de mouvements involontaires hystériques et non de tics convulsifs qu'il s'agissait en réalité (Charcot, 1892, pp. 115-116).

L'identification hystérique, décrite pour la première fois par Freud, n'est pas une banale imitation elle consiste plus profondément en appropriation de l'histoire d'autrui par une reprise de ses symptômes (Freud, 1900 a, pp. 184-186). Comme, l'écrit Freud :

L'identification est un facteur extrêmement important pour le mécanisme des symptômes hystériques; par cette voie les malades parviennent à exprimer dans leurs symptômes les expériences vécues d'une grande série de personnes et pas seulement celles qui leur sont propres, à en souffrir en quelque sorte pour toute une multitude humaine et à jouer, par leurs moyens personnels, tous les rôles d'un spectacle (Freud, 1900 a, p. 184).

L'emploi du terme identification indique seulement la voie suivie et non «l'acte animique» qui l'a provoqué. Ainsi, réminiscence de la Salpêtrière et prolongement de l'observation de *Marguerite Faf...*, Freud précise:

Le médecin qui, dans une même salle d'hôpital, a parmi d'autres malades une malade avec une certaine sorte de tics ne se montre pas surpris s'il apprend un matin que cet accès hystérique particulier a trouvé son imitation; il se dit simplement: les autres l'ont vu et imité; c'est de l'infection psychique. Oui, mais l'infection psychique se passe à peu près de la manière suivante. Les malades en savent généralement plus les unes sur les autres que le médecin sur chacune d'elles et elles s'occupent les unes des autres lorsque la visite médicale est passée. L'une a-t-elle aujourd'hui son accès, les autres savent aussitôt qu'une lettre de chez elle, le ravivement d'un chagrin d'amour, etc. en est la cause. Leur sympathie se mobilise, la conclusion suivante se développe en elles sans parvenir à la conscience: si une telle cause peut donner de tels accès, alors que je peux avoir aussi de tels accès car j'ai les mêmes motifs. Si c'était là une conclusion capable de conscience, elle déboucherait peut-être dans l'angoisse d'avoir le même accès; mais elle se développe sur un autre terrain psychique, s'achevant de ce

fait par la réalisation du symptôme redouté. L'identification n'est donc pas simple imitation, mais elle est appropriation sur la base de la même revendication étiologique; elle exprime un «de même que» et se rapporte à un élément commun qui demeure dans l'inconscient (Freud, 1900 *a*, p. 185).

En fin de compte: «L'identification est le plus souvent utilisée dans l'hystérie pour exprimer une communauté sexuelle. L'hystérique, dans ses symptômes, s'identifie principalement – même si ce n'est pas exclusivement aux personnes avec lesquelles elle a eu un commerce sexuel ou bien qui ont un commerce sexuel avec les mêmes personnes qu'elle» (Freud, 1900 *a*, *ibidem*).

DE L'IDENTIFICATION HYSTÉRIQUE À LA TRANSE RITUELLE:

De fait, les hystériques se manifestent davantage dans les moments de mutation sociale, dès lors qu'ils sont confrontés à un conflit identificatoire impossible à résoudre sur le plan conscient

L'existence de l'identification hystérique est d'une grande importance théorique. Tout d'abord, sur le plan clinique le fait qu'une symptomatologie puisse être empruntée à autrui disqualifie le projet d'une psychopathologie objective puisque, comme déjà Charcot l'avait noté ce qui est tic chez l'une peut être mouvement involontaire hystérique chez l'autre. Mais le plus important, en fin de compte, réside au niveau de la psychologie collective et de la culture. La capacité d'identification hystérique fait que l'affection se manifeste, dans la plupart des cas, sous forme d'épidémies. Si elles sont traditionnellement limitées à une salle d'hôpital, une école, un couvent ou toute autre collectivité à tendances autarciques aujourd'hui avec les moyens de communication moderne (cinéma, radio, télévision et aujourd'hui Internet), elles peuvent prendre aujourd'hui des proportions jamais rencontrées auparavant dans l'Histoire. Au-delà de ce qui pourrait ressembler à une mode, nous sommes en présence de phénomènes qui tendent à unifier le psychisme de très larges fractions de la population. S'identifier hystériquement à autrui, c'est en fin de compte partager un lien d'amour avec lui.

L'identification hystérique permet également de comprendre l'évolution d'un certain nombre de phénomènes de culture. Charcot, lui-même, pour répondre aux critiques qui lui étaient faites de son temps de décrire une clinique artificielle et tout particulièrement une *hystérie de culture* avait pu démontrer que les phénomènes qu'il décrivait à la Salpêtrière avaient existé auparavant «en tout lieu et en tout temps», en s'appuyant pour cela sur des données historiques.

Dans l'histoire de France, l'hystérie a été non seulement un phénomène clinique mais aussi culturel qui s'est traduit jusqu'à la fin du Moyen Âge par le grand nombre de poursuites intentées aux «sorcières».

Celles-ci étaient hystériques, non pas parce que rétrospectivement nous formulerions ce diagnostic sur ces femmes mais parce que c'est à partir des procès en sorcellerie que les humanistes de la Renaissance sont retournés aux fondements hippocratiques de la clinique de cette affection. Le XVII^e siècle voit la tenue du procès en sorcellerie d'Urbain Grandier. Ce prêtre à la réputation scandaleuse, par ailleurs ennemi de Richelieu, est condamné à être brûlé vif comme responsable des possessions démoniaques dont étaient victimes les religieuses du couvent des Ursulines de Loudun. Là encore, des médecins de l'époque avaient estimé que ces malheureuses étaient atteintes d'hystérie. Au XVIII^e siècle, des miracles se produisent sur la tombe du diacre janséniste Pâris dans l'église parisienne Saint-Médard. Les patients s'étendent sur la tombe, convulsent et se retrouvent guéris. Dans un second temps, les convulsions sont recherchées pour elles-mêmes. La dernière grande épidémie est celle survenue au XIX^e siècle à Morzine, au moment du rattachement de la Savoie à la France. Si l'épidémie suit un déroulement somme tout *banal* (l'épidémie se répand après qu'un premier sujet la jeune Perronne T... ait été atteinte d'un mal étrange le 14 mars 1857, malgré les exorcismes pratiqués, les victimes se multiplient), ce sont les médecins puis les aliénistes, (d'abord implantés localement, venus ensuite de Lyon et, enfin le docteur Constans, inspecteur général des asiles d'aliénés est délégué par le Gouvernement impérial en 1861) qui, posant le diagnostic *d'hystéro-démonopathie épidémique*, deviennent les interlocuteurs privilégiés des possédées (Lepastier, 2004, pp. 713-747). Ils interprètent les signes qu'ils perçoivent en se référant constamment au souvenir de l'affaire de Loudun. (Carroy-Thirard, 1981, p. 35).

Sans développer les particularités de chacune de ces épidémies, notons que les mêmes signes ont été interprétés à la fois comme signe de possession, d'alliance avec le diable, comme signe de victime du diable et comme signe de sainteté. La convulsion hystérique ne crée pas la culture et on peut ajouter que, dans une certaine mesure, les convulsions observées à la Salpêtrière [et son] ont été utilisées par les élèves de Charcot comme une norme anticléricale. Du reste, dans le prolongement de ce mouvement, après 1905, elles ont abouti qui aboutissent pas sur les effets en 1905 l'hystérie a cessé d'être un sujet à la mode pour les cliniciens non psychanalystes.

UN ENTRETIEN AVEC UN MIRACULÉ DE LOURDES:

Au cours d'un débat télévisé, j'ai eu l'occasion de rencontrer un miraculé de Lourdes qui venait présenter le témoignage de sa guérison.

Ce sujet, un homme mûr, qui semble avoir présenté une sclérose en plaque évoluant depuis une dizaine d'années, marquée notamment par des perturbations motrices et sensibles d'évolution capricieuse et de répartition variée, s'est

retrouvé extrêmement brusquement guéri. Il explique qu'à un moment donné, à la suite d'un pèlerinage à Lourdes, dans un moment d'élation intense, il a perçu un mouvement de chaleur le prendre au plus intime, dans le bas du corps précise-t-il, pour remonter jusqu'à la tête, tout cela accompagné de satisfaction, et il s'est brusquement senti libéré du poids de la culpabilité remontant à l'enfance. Quand je lui demandé de me préciser ce qu'il entendait par «culpabilité remontant à l'enfance», il a expliqué qu'il se plaçait uniquement au point de vue spirituel du terme.

Ainsi, dans la description de ce miracle, le phénomène de la Présence divine n'est pas sensiblement différent, ni de celui qui s'observe dans les manifestations critiques hystériques habituelles, ni, semble-t-il, dans les trances rituelles généralement décrites par les ethnographes. Par rapport à l'expérience clinique ordinaire, si le processus de la suffocation de la matrice est clairement décrit, il faut noter ici toutefois, que l'affect déterminant a été celui d'une élation, d'une joie de retrouvailles avec l'Objet, au lieu d'un mouvement d'angoisse, de détresse ou d'abandon, ou au contraire, de rejet, marqué par le dégoût, devant une présence trop intrusive. Cet exemple montre, indépendamment d'une discussion théologique éventuelle, que l'hystérie sous forme de crise, est bien l'un des aspects de mouvements paroxystiques qui incluent une gamme d'affects beaucoup plus variés. Ainsi, une fois de plus, les mouvements corporels découlent de la perception d'une expérience interne à laquelle, secondairement seulement, est donné un sens. Ces faits peuvent aussi bien être utilisés dans une perspective anticléricale en montrant que le miracle se ramène à l'hystérie que, à l'opposé en soulignant qu'il existe dans l'inconscient une place pour la communication avec la transcendance dont l'hystérie ne serait qu'une forme dégradée, montrer que le miracle est possible. Sur le plan scientifique, il est naturellement impossible de trancher entre les deux perspectives.

TRANSES RITUELLES:

Les trances rituelles ont été découvertes par l'Occident au décours de sa politique d'expansion coloniale à la fin du XIX^e siècle. De ce fait, elles ont été dans un premier temps interprétées à partir des travaux de Charcot, comme manifestations hystériques. En réalité, elles ne peuvent être identifiées à elles puisque si l'accès hystérique est spontané, les manifestations de la transe rituelle sont l'aboutissement d'un long apprentissage. D'autre part, les crises hystériques, même quand elles se produisent à en grande échelle, comme les épisodes dont nous avons rapporté l'histoire, s'inscrivent dans une position marginale ou aberrante par rapport à la culture dominante. Au contraire, chez les peuples sans écriture le mythe fondateur s'actualise au cours de trances collectives assurant la

constitution du lien groupal. Ainsi, la transe contribue à la conservation de la mémoire collective qui s'inscrit dans le corps en crise puis se transmet d'un criseur à l'autre.

Ainsi, la transe rituelle est une différenciation, par l'éducation de mouvements paroxystiques spontanés. À cet égard, retenons la distinction établie par le sociologue Roger Bastide entre *l'extase sauvage* et *l'extase baptisée*. L'extase est sauvage quand la divinité possède une personne qui n'a pas été initiée ; elle revêt un aspect dramatique et spectaculaire (*santo bruto* au Brésil, *loâ bossal* en Haïti). Il faut donc procéder au baptême du nouveau dieu qui rend possible alors le contrôle des extases (Bastide, 1972, p. 6). De même l'anthropologue Felicitas D. Goodman a montré que l'état de transe est l'expression d'une modalité d'apprentissage construite sur un état psychique particulier (Goodman, 1972). Enfin, en 1995 l'ethnologue Marion Aubrée, à partir de plusieurs transes rituelles, a mis en évidence que les contraintes culturelles tendent à restreindre les possibilités de catharsis (Aubrée, 1995).

Dans la plupart des cas, la transe rituelle ne peut advenir sans l'existence d'un passeur pour lequel est généralement retenu le nom générique de *chamane*. Ainsi, la distinction n'est jamais absolue entre le sujet dont la souffrance se manifeste par la transe et celui pour qui la transe est un signe de guérison et d'aide aux autres. Si la position du chamane en action et celle du sujet en transe sont généralement différenciées dans une relation asymétrique et inégalitaire, simultanément les possibilités d'identification croisées sont multiples et permettent d'envisager un renversement des rôles. Les transes rituelles ne sont pas un point d'origine mais marquent l'aboutissement d'un processus. Transe rituelle et hystérie procèdent d'une source commune : la différenciation du corps et de l'esprit à travers les formes les plus primitives d'expression affective. Ainsi, et nous terminerons sur ce point, les mouvements paroxystiques procèdent bien d'un déterminisme neurobiologique, l'expression de l'affect, elle-même conditionnée par des souvenirs dont les points de départ sont les habitudes utiles, mouvements du corps accompagnant l'expression de l'émotion décrites par Charles Darwin (Darwin, 1872, p. 51). Avec la naissance de l'écriture, la fonction de la transe disparaît, les mythes sont transcrits et constituent les fondements de la littérature écrite. La représentation tragique, en Grèce ancienne, est un prolongement des transes rituelles.

LES FORMES CONTEMPORAINES D'HYSTERIE:

L'hystérie de masse

L'*hystérie de masse* est un terme parfois employé pour décrire des épidémies psychiques qui traduisent une peur irrationnelle. Cet emploi est

surtout attesté dans la littérature anglo-saxonne ; en France, au moins au niveau du grand public, est plutôt invoquée la *psychose collective*, terme beaucoup moins exact. Elaine Showalter, professeur à l'Université de Princeton, propose la définition suivante: «Quand, à cause de l'angoisse ou de la peur, des gens sont atteints en même temps de symptômes physiques ou mentaux sans cause organique, c'est de l'hystérie de masse» (Showalter, 1997, p. 22). Les moyens modernes de communication peuvent amener une extension de l'épidémie à l'échelle d'un pays tout entier. J'ai personnellement étudié plusieurs épidémies d'inquiétudes collectives (Lepastier, 2001).

Les progrès des communications ont entraîné un bouleversement dans les relations humaines dont seuls les premiers effets ont été perçus jusqu'à présent. L'information, en direct et en images, atteint en même temps l'esprit de centaines de millions de personnes. Alors, l'émotion l'emporte sur la réflexion et la petite phrase supprime la pensée. La recherche de l'excès devient constante, les engouements sont subits comme les mises à l'index brutales. Même quand ses prémisses sont fausses, l'acte spectaculaire ne compte davantage que l'élaboration toujours laborieuse d'une opinion nuancée. Tout psychanalyste ne peut manquer de retrouver ici les signes névrotiques dont il essaie justement de libérer ses patients. Phénomène nouveau, ce qui relevait autrefois d'une expérience intime occupe maintenant le devant de la scène sociale.

Fibromyalgie et Internet

En tant que psychopathologues, nous ne disposons d'aucun instrument pour étayer nos hypothèses incertaines. L'analyse des modalités de la crise hystérique recense fonctionne comme un instrument d'optique fortement grossissant qui permettrait de voir avec beaucoup plus d'assurance des phénomènes plus discrets autrement. L'hystérie ne crée pas la culture, elle l'interprète. Ce faisant, elle éclaire des représentations ordinairement refoulées. Ainsi, dans l'exemple classique des convulsionnaires de Saint-Médard, le jansénisme populaire fait de convulsions est la face cachée du jansénisme rigoureux des messieurs de Port Royal au siècle précédent qui se présentait volontiers détaché du corps. Pourtant, Pascal qui, sans répit, se mortifiait en vue d'accéder à la Grâce témoigne de la continuité entre les deux formes du jansénisme. De nos jours, les crises véhiculées par Internet, ou par la télévision tempèrent, de façon somme toute heureuse, les faux-prophètes qui pensent qu'il suffit d'améliorer les conditions de diffusion de l'information pour que les problèmes de relation humaine disparaissent. Or, bien au contraire, ces outils de communication nous confrontent à des difficultés nouvelles, comme le montre l'exemple clinique suivant.

Une jeune fille d'une vingtaine d'années est hospitalisée à plusieurs reprises dans un service de rhumatologie en raison de douleurs invalidantes pour lesquelles plusieurs diagnostics ont été évoqués, sans avoir jamais reçu de confirmation biologique et sans qu'aucun traitement symptomatique ait entraîné la moindre amélioration. La souffrance et le retentissement fonctionnel ne cessent de s'accroître. De plus, la patiente présente des accès de boulimie. Elle rattache l'ensemble de ses troubles à un abus sexuel dont elle aurait été victime dans son enfance et qui l'aurait profondément marquée, sans qu'elle ait pu fournir à l'interne auprès de qui elle a fait cet aveu, de détails circonstanciés. Une consultation spécialisée a donc été demandée après qu'un psychiatre de liaison eut révélé sa perplexité.

Avec moi, elle ne revient nullement sur cet épisode de séduction de son enfance se bornant à insister sur l'importance de la fibromyalgie et sur le fait que les médecins français sont bien incapables de faire ce diagnostic. Nous vivons dans un pays retardé et elle souffre de l'impuissance du corps médical à son égard.

Malgré le caractère limité de l'entretien, j'en viens à lui demander à partir de quels signes elle a pu se reconnaître atteinte de fibromyalgie. Elle explique alors que, en consultant des sites spécialisés sur Internet, elle avait enfin compris la véritable nature des troubles dont elle est victime. Elle attend d'ailleurs de guérir pour reprendre ses études. Incidemment, elle m'informe que son père lui fournit toutes les informations concernant son état en grande partie grâce à une correspondance active qu'il poursuit sur des forums spécialisés d'Internet. Après cet entretien, j'insiste auprès des médecins, mais sans succès, pour que soit annoncée à la patiente l'absence totale d'étiologie organique à l'origine des symptômes.

Dans cette observation, menée à partir d'un entretien unique, deux ordres de remarques peuvent être formulés. Tout d'abord, relevons la difficulté pour les médecins de communiquer à leur patiente le diagnostic d'affection psychogène d'apparence somatique, alors qu'eux-mêmes n'ont guère de doutes à ce sujet. Bien davantage que des précautions cliniques (en prétextant que la patiente ne serait pas en mesure de supporter une telle révélation), cette difficulté est liée à la nature même de l'affection et aux particularités des relations que le sujet hystérique entretient avec ses objets. Le deuxième point à considérer est celui soulevé par l'abus sexuel: aucun élément ne permet d'évaluer la réalité matérielle ou l'aspect fantasmatique du traumatisme confié secrètement à un médecin. Toutefois, le traumatisme psychologique rapporté, n'explique pas la nature des manifestations somatiques : boulimie et vomissements d'une part, fibromyalgie de l'autre

Il est indiscutable, par contre, selon les propos tenus par la patiente elle-même, qu'existe une relation de connivence sinon de complicité, entre le père et la fille, qui peut être qualifiée de conduite, sinon incestueuse, du moins incestuelle au sens de Paul-Claude Racamier (1995). La communication de renseignements autour de la fibromyalgie est le support

sur lequel s'appuie ce lien. Sans aller au-delà de ce que la patiente a dit, il faut déduire que si le père a obtenu des renseignements utiles, aboutissant à poser un diagnostic, il lui a été nécessaire de disposer d'informations précises sur le corps de sa fille. Dans un certain sens, celle-ci offre son corps affligé à son père pour recevoir du réconfort en retour. Lui révéler le caractère psychologique de cette offrande, dévoilerait le caractère incestuel de cette relation. Mais, cette relation s'est reproduite dans la rencontre clinique : cette jeune fille avait, par sa jeunesse et son charme, un rapport tout à fait privilégié avec les médecins du service de rhumatologie où elle avait séjourné à plusieurs reprises. C'est aussi devant l'impossibilité de justifier, au moins dans les conceptions médicales actuelles, ces hospitalisations, qu'il était si difficile d'annoncer la vérité. Le simple aveu de la reconnaissance du caractère fonctionnel des troubles, point relativement mineur, reviendrait ici à avouer à la patiente les multiples erreurs de diagnostic suscitées par son état. Il n'en est alors que plus significatif de relever la piètre estime dans laquelle elle tient ceux qui se sont offerts de la soigner. La révélation du diagnostic véritable, même annoncé avec des précautions oratoires, est pourtant une condition préalable indispensable pour engager le processus de prise de conscience des conflits psychiques qui l'habitent.

Dans le lien tissé entre la patiente et les médecins du service, la séduction a été mise en œuvre de part et d'autre. Ceux-ci ont séduit celle-là en proposant des diagnostics qui allaient dans le sens de ses attentes conscientes, puis en ne la détrompant pas vraiment, par rapport à celui qu'elle leur proposait. De son côté, la patiente séduit des médecins longtemps empressés à son chevet. Il n'est pas exagéré de rapprocher l'effet de ses charmes de ceux attribués autrefois aux sorcières. Si les médecins ont tant de mal, comme il est habituel en pareil cas, à reconnaître leurs erreurs passées, c'est bien parce qu'ils se sont laissés posséder dans tous les sens du terme. Compte tenu de tous ces éléments, cette observation, très vraisemblablement, n'apparaîtra pas dans les statistiques concernant l'hystérie ou les troubles somatoformes, mais sera archivée comme suspicion de fibromyalgie (ou d'autres maladies rhumatologiques). Ultérieurement, pour ceux qui n'auront pas connaissance de l'environnement psychopathologique, il n'y aura aucun motif pour évoquer l'hystérie.

C'est ainsi qu'une malade qui, à plusieurs reprises, a mis les médecins en échec et qui présente, somme toute, une histoire similaire aux tableaux les plus classiques d'hystérie du XIX^e siècle, avec des troubles d'apparence somatique entraînant une astasie-abasie d'une part, des troubles de la sphère orale de l'autre et souffrant de réminiscences sexuelles remontant à l'enfance enfin, ne figurera jamais, selon toute vraisemblance, dans les

statistiques appropriées, contribution supplémentaire à la disparition de l'hystérie.

CONCLUSION: LES LIMITES DE L'ANALYSE STRUCTURALE:

Ainsi, il n'est pas exact de prétendre que, dans nos sociétés contemporaines, l'hystérie subsiste seulement comme un reliquat dont les manifestations s'observent essentiellement dans des populations marginales. Si nous devons rattacher les hystériques à des groupes de population déterminés, le facteur essentiel ne serait pas l'absence d'acculturation au sein de la société d'accueil mais plutôt l'appartenance à des groupes où la place de l'écrit est relativement secondaire, soit qu'il s'agisse de communautés majoritairement illetrées, et en effet mal acculturées, soit, à l'opposé, qu'il s'agisse de sujets, sportifs de haut niveau ou professionnels du spectacle, où la place du corps ou de la parole prédomine sur celle du document écrit. Les psychanalystes et ceux qui les environnent, sur le plan familial ou professionnel, constituent un troisième groupe important. Ici, la place accordée à la parole, les effets d'interprétations sauvages valorisent les mouvements du corps et les symptômes d'apparence somatique, pour exprimer à la fois un langage de détresse et préserver le secret de l'Inconscient, autrement trop facilement dévoilé. Ces hypothèses, élaboration d'une expérience clinique individuelle à l'occasion d'une pratique de plusieurs années dans des services d'urgence médicale, nécessitent d'être vérifiées par des études épidémiologiques sur une large échelle.

Dans cette perspective, les limites de l'interprétation structurale se révèlent assez nettement. Il ne s'agit pas, chez le sujet hystérique, de retrouver un mythe individuel. Bien au contraire, s'y référer est une façon d'évacuer la question de la névrose pour rabattre vers la culture des manifestations qui initialement étaient hors de son champ. La perspective structurale, en analysant avant tout la permanence des relations entre les objets et entre les différentes instances psychiques, privilégie les signes permanents et rend difficile la description des manifestations critiques, des mouvements fugaces, incertains et des transformations rapides. La labilité du sujet hystérique n'est alors pas prise en compte: cette difficulté théorique étant alors présentée bien à tort comme une conséquence du triomphe de l'interprétation psychanalytique puisque prétendument, à partir du moment où les choses sont dites, le symptôme perd sa raison d'être. Cet aveuglement était déjà contenu en germe dans l'interprétation donnée par Claude Lévi-Strauss de l'efficacité symbolique (Lévi-Strauss, 1949).

Ainsi, si la référence à la culture dans l'hystérie revêt une importance spécifique et déterminante au point d'être l'un des invariants de l'étude de

l'affection, elle n'est pas pour autant un paradigme expliquant ses manifestations. Les variations culturelles, souvent mises en avant, sont beaucoup plus restreintes qu'il n'est habituel de le dire. Au point de départ, le mouvement symbolique est invariant ; par contre les manifestations de figuration, les modalités d'expression du langage et surtout le sens donné à ces formes autres, eux évoluent en fonction de l'attitude du tiers interprétant et du public qui reçoit sa parole.

BIBLIOGRAPHIE

- Aubrée, M. (1995). «Transe: entre libération de l'inconscient et contraintes socio-culturelles», in M. Godelier et J. Hassoun (1995). *Meurtre du père, sacrifice de la sexualité: approches anthropologiques et psychanalytiques*, Strasbourg, Arcanes, pp. 173-192.
- Bastide, R. (1972). *Le rêve, la transe, la folie*, Paris, Flammarion, 263 p.
- Benjamin, M. (2013). *Le travail du préconscient à l'épreuve de l'adolescence*, Paris, Presses universitaires de France, coll. «Le fil rouge», 421 p.
- Bertrand, M. (2001). «La compulsion de destin», *Revue française de psychanalyse*, t. LXV, n° 3, pp. 751-756.
- Bollas, C. (2000). *Hysteria*, London & New York, Routledge, 192 p.
- Bokanowski, T. (1989). «Le concept de pulsion de mort», *Revue française de psychanalyse*, t. LIII, n° 2, pp. 504-536.
- Carroy-Thirard, J. (1981). *Le mal de Morzine, de la possession à l'hystérie (1857-1877)*, Paris, Solin, 162 p.
- Catonné, J.-P. (1992). «L'hystérie hippocratique», *Annales médico-psychologiques*, t. CL, n°10, pp. 705-719.
- Charcot, J.-M. (1892). *Hospice de la Salpêtrière, Clinique des maladies du système nerveux, M. le Professeur Charcot, leçons du professeur, mémoires, notes et observations parus dans les années 1889-1890 et 1890-1891, tome I*, publiées sous la direction de G. Guinon, Paris, aux bureaux du Progrès médical, Vve Babée, III-468 p.
- Darwin, C. (1872). *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*, trad. fr. S. Pozzi et R. Benoit, Paris, Reinwald, 1874, 404 p.
- Denis, P. (2013). «Idéal et objets culturels», in *De l'exaltation*, Paris, Presses universitaires de France, coll. «Le Fil rouge», pp. 83-97.
- Diatkine, G. (2000). «Surmoi culturel», *Revue française de psychanalyse*, t. LXIV, n° 5, pp. 1523-1588.
- Diatkine, G. (2001). *Violence, culture et psychanalyse*, Alger (Algérie), Société Algérienne de Recherche en Psychologie, coll. «Semailles», 207 p.
- Freud, S. (1900 a), *L'interprétation du rêve*, tr. fr. J. Altounian, P. Cotet, R. Lainé, A. Rauzy et F. Robert, *Œuvres complètes, Psychanalyse*, IV, Paris, Presses universitaires de France, 2003, 756 p.
- Freud, S. (1901 b). *Psychopathologie de la vie quotidienne: de l'oubli comme méprise, de la méprise de parole, de la méprise du geste, de la superstition et*

- de l'erreur*, trad. fr. J. Altounian et P. Cotet, *Œuvres complètes, Psychanalyse*, V, Paris, Presses universitaires de France, 2012, pp. 73-376.
- Freud, S. (1905 e). «Fragment d'une analyse d'hystérie», trad. fr. F. Kahn et F. Robert, *Œuvres complètes, Psychanalyse*, VI, Paris, Presses universitaires de France, 2006, pp. 183-301.
- Freud, S. (1911 b). «Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique», trad. fr. P. Cotet et R. Laine, *Œuvres complètes, Psychanalyse*, XI, Paris, Presses universitaires de France, 1998, pp. 13-21.
- Freud, S. (1920 g). «Au-delà du principe de plaisir», trad. fr. J. Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet et A. Rauzy, *Œuvres complètes, Psychanalyse*, XV, Paris, Presses universitaires de France, 1996, pp. 277-338.
- Freud, S. (1923 b). «Le Moi et le Ça», trad. fr. C. Baliteau, A. Bloch et J.-M. Rondeau, *Œuvres complètes, Psychanalyse*, XVI, Paris, Presses universitaires de France, 1991, pp. 255-301.
- Freud, S. (1930 a). «Le malaise dans la culture», trad. fr. P. Cotet, R. Lainé et J. Stute-Cadiot, *Œuvres complètes Psychanalyse*, XVIII, Paris, Presses universitaires de France 1994, pp. 249-333.
- Freud, S. et Breuer, J. (1893 a). «Du mécanisme psychique de phénomènes hystériques, communication préliminaire», trad. fr. F. Kahn et F. Robert, *Œuvres complètes Psychanalyse II*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, pp. 23-38.
- Gilles de la Tourette, G. (1891). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, d'après l'enseignement de la Salpêtrière, Hystérie normale ou interparoxystique*, préface de M. le Dr. J.-M. Charcot, Paris, Plon, XV-582 p.
- Goodman, F. D. (1972). *Speaking in Tongues: a Cross-Cultural Study of Glossolalia*, Chicago, University of Chicago Press, XXII-175 p.
- Hardy-Baylé, M.-C. (2002). «Sciences cognitives et psychiatrie», *L'Évolution psychiatrique*, t. LXVII, n°1, pp. 83-112.
- Lepastier, S. (2001). «Grand est l'empire des inquiétudes collectives», *Le Monde*, 20 Janvier 2001.
- Lepastier, S. (2004). *La crise hystérique, contribution éthique critique d'un concept clinique*, Lille, ANRT, 1228 p.
- Lepastier, S. et Allilaire, J.-F. (2006), «Pour une réévaluation de la "grande hystérie" de Charcot et Richer», *Annales médico-psychologiques*, t. CLXIV, n°1, 2006, pp. 51-57.
- Lévi-Strauss, C. (1949). «L'efficacité symbolique», 213-234, in *Anthropologie structurale*, I, 1958, Paris, Plon, 1974, «Agora» pp. 213-234.
- Luquet, P. (1987), «La formation du système préconscient et les niveaux de pensée», *Revue française de psychanalyse*, t. LI, n°2, pp. 751-754.
- Oppenheimer, A. (1996). «L'amour, condition de la cure?», *Revue française de psychanalyse*, t. LX, n°3, pp. 675-690.
- Perron, R. (1997). «Symbolisation et langage», in M. Perron-Borelli et R. Perron (1997) *Fantasme, action, pensée, aux origines de la vie psychique*, Alger, Société algérienne de recherche en psychologie, pp. 389-416.
- Racamier, P.-C. (1995), *L'Inceste et l'incestuel*, Paris, Editions du Collège, 254 p.

- Richard, C. (2006). «Le récit de la Déportation comme mythe de création dans l'idéologie des Conventions nationales acadiennes (1881-1937)», *Acadiensis*, t. XXXVI, n°1, pp. 69-81.
- Richard, F. (2011). *L'actuel malaise dans la culture*, Paris, Éditions de l'Olivier, coll. «Penser / rêver», 263 p.
- Richer, P. (1885). *Études cliniques sur l'Hystéro-épilepsie ou grande hystérie*, avec lettre préface du Professeur J.-M. Charcot, 2^{ème} édition, Paris, Delahaye et Lecrosnier, XV-975 p.
- Wisdom, J. (1961). "A methodological approach to the problem of hysteria", *The International Journal of Psycho-Analysis*, t. XLII, n°3, pp. 224-237.

