

L'oubli de l'hystérie dans la psychose

Nicolas Dewez

Dans notre pratique, nous sommes régulièrement confrontés à la question de la différenciation entre névroses et psychoses. Sans parler des « états-limites » qui sont caractérisés par de courtes périodes où passage à l'acte et trouble du rapport à la réalité s'enchevêtrent, nous suivons des patients souffrant d'angoisses psychotiques qui ne présentent aucun trouble de la réalité ou des patients ayant présenté une longue et unique période de psychose et dont l'évolution ne permet plus de faire des liens avec une phénoménalité de la psychose. Mais il y a aussi des sujets qui ont de graves et longs troubles de la réalité, au point d'être situés dans le champ de la schizophrénie si l'on se réfère au système diagnostique simplifié du DSM, et qui présentent les traits d'une logique hystérique. Dans ces situations, le concept de psychose hystérique s'avère précieux. Il permet principalement une certaine intelligibilité de cette psychopathologie, ce qui a des implications tant au niveau concret de la réponse au traitement médicamenteux que de l'abord psychothérapeutique.

En effet, à notre connaissance, et cela mériterait d'être étudié rigoureusement, la réponse aux neuroleptiques dans ces situations est souvent faible, voire absente, contrairement à d'autres situations où une « contention » psychique – autrement dit, un apaisement – s'avère nécessaire. Des symptômes délirants tels qu'hallucinations auditives, interprétations paranoïaques et syndromes d'influence *peuvent parfois avoir le sens d'une interpellation d'autrui de nature hystérique*. Il est important de comprendre et de percevoir quand et comment la chimiothérapie neuro-

D'emblée nous pouvons percevoir que le sujet n'est pas déstructuré, dissocié dans l'entière de son existence. C'est principalement le secteur de la sphère affective et sexuelle qui est concerné par les difficultés de symbolisation, c'est-à-dire par les difficultés d'établir des significations partageables. Le délire peut avoir un caractère oniroïde. Le discours psychotique hystérique est situé dans un temps historique (diachronique³), ce qui peut donner une impression de compréhensibilité⁴, de proximité de sens (sens latent) aux symptômes délirants que l'on retrouve rarement chez le schizophrène.

L'éclosion délirante hystérique arrive fréquemment lors de la rencontre avec un objet sexuel posant le problème de l'identité sexuelle, ce qui provoque de dramatiques régressions (par exemple, le sujet perdant de nombreux éléments de son identité⁵) d'où le patient peut sortir tout aussi rapidement. L'élément déclenchant peut être un épisode traumatique dans le domaine de la vie affective et amoureuse (par exemple une déception relationnelle profonde, une tromperie, une réalisation effrénée de désirs sexuels) réactivant des représentations refoulées d'ordre infantile. La décompensation peut aussi être liée à la rencontre du désir inconscient du sujet avec la réalité, en d'autres mots, à la collusion d'un fantasme œdipien avec la réalité (par exemple, lors de la rencontre amoureuse d'un homme en place de substitut du père pouvant avoir valeur de réalisation d'un désir inconscient pour le père⁶). Toutefois, l'intensité, la rapidité de la fluctuation et la réversibilité des tableaux symptomatiques, dans un sens ou dans l'autre, questionnent la part de dramatisation et interrogent la question de la structure névrotique ou psychotique.

Le diagnostic différentiel avec la schizophrénie en phase aiguë peut s'avérer très difficile, notamment lorsque des éléments dissociatifs sont présents. Ainsi, la perception d'une « unité » de la personne, comme en témoigne parfois l'absence de sentiment d'étrangeté chez le thérapeute, un rétablissement assez rapide après la phase initiale du délire, un contact personnel et authentique⁷ entre les soignants et le sujet ainsi que la possibilité d'une relation de sympathie véritable, d'un transfert dynamique sont tous des signes qui vont dans le sens du diagnostic de psychose hystérique.

3. J. Conveylem, *La psychose hystérique*, dans J. Conveylem, J. Melon et B. Robinson, *Révision des problèmes testologiques des psychoses. VIII^e Colloquio Internacional. Internationale Forschungs-gemeinschaft für Schicksalsanalyse*, Pampelune, 1978, p. 223-226.

4. T. Lemprière, *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1989, p. 138.

5. *Ibid.*

6. P. Vereycken, P. Meire, « Le cauchemar d'Alice. Analyse d'un cas d'hystérie grave », *Acta psychiatrica Belgica*, juillet-octobre 1995 (4-5), p. 171-191.

7. L'adjectif « authentique » doit être pris dans le sens que Heidegger donne à l'authenticité, c'est-à-dire l'accès au singulier (l'être) du sujet qui se différencie du « on ». Voir Heidegger, *Être et temps*, 1927.

leptique peut aller à l'encontre de la dynamique et du sens des symptômes, devenant du coup contre-productive. Il nous apparaît nécessaire (et compliqué) d'avoir, par rapport aux symptômes psychotiques, la même attitude que celle que nous avons face aux symptômes plus courants, à savoir : les laisser déployer leur sens, sans aller à contre-courant de leur dynamique.

En d'autres mots, la perte de la réalité risque de nous inquiéter au point de nous faire basculer d'une éthique du sujet à une éthique médicale où le bien du sujet est connu et « prescrit » par le médecin. Mais il reste toutefois compliqué de trouver des repères dans l'incompréhensibilité apparente de la souffrance du sujet psychotique. Et en cela, le concept de psychose hystérique nous aide par l'intelligibilité qu'il nous offre. En effet, sans oublier que chaque délire est une tentative de guérison (Freud) et un appel à autrui (Binswanger¹), le sujet a aussi différentes manières de délirer : « Le délire schizophrénique renvoie plus à l'idée d'éclatement de soi alors que le délire hystérique renvoie à la persistance de la perception de l'unité de la personne en même temps qu'à un rapport à autrui hors du commun². »

Éléments cliniques en rapport avec le concept de psychose hystérique

Dans ce cas-là, le premier contact a une valeur particulière. En effet, au-delà des différentes formes et contenus délirants, le thérapeute est d'emblée invité à un contact personnalisé. Derrière le délire, le sujet semble tenir en une unité cohérente. Le discours et son contenu sont incompréhensibles du fait de la perte de réalité. Mais au-delà de ce qui n'est pas partageable d'emblée, l'adresse de la parole semble juste. Un monde commun dans la relation est possible. Les sujets souffrant de schizophrénie sont, à ce niveau, fort différents. Chez eux, dans les premiers temps, le contenu du discours est tout aussi opaque que l'est l'échange relationnel qui s'ébauche.

L'un des thèmes majeurs qui nous fera penser à ce concept est la présence chez le sujet d'un délire à thème sexuel ou d'une difficulté majeure dans la relation amoureuse. La question de l'identité sexuelle, des thèmes œdipiens, la présence de culpabilité en lien avec la sexualité dans le discours du délirant attireront notre attention.

1. L. Binswanger, *Le cas Susan Urban*, Gérard Montfort, 1949, p. 75.

2. S. Follin, *Vivre en délirant*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1993.

Derrière l'agitation psychomotrice, la perplexité, les affects dépressifs, le discours apparemment incohérent, l'étrangeté, la bizarrerie, la discordance, voire la dissociation, on perçoit une cohérence de la situation, nous donnant même parfois l'idée d'un jeu ou d'une jouissance à jouer la folie. On peut quelquefois observer, plus directement, un *changement de comportement en fonction des interlocuteurs* et de leur position. Ainsi l'adresse à autrui peut varier, attirant notre attention sur l'importance de prendre la mesure de cette fonction d'interpellation. Nous préférons l'idée d'interpellation ou d'adresse à celle de dramatisation qui induit le sentiment d'une exagération purement théâtrale car, dans les situations dont nous parlons, l'intensité et la gravité du drame existentiel sont bien perceptibles. En général, un transfert se noue rapidement et il existe même parfois une érotisation de la relation semblable à ce que l'on retrouve dans la névrose hystérique.

L'angoisse chez le psychotique hystérique n'est pas l'angoisse du schizophrène. C'est l'existence dans un rapport sexué à autrui qui angoisse le psychotique hystérique (qui suis-je, homme ou femme, par rapport à lui ?), alors que le schizophrène se pose la question même de l'être de son existence (suis-je par rapport à lui ?). Autrement dit, ce n'est pas l'insoluble énigme de la jouissance qui fait la souffrance du schizophrène, c'est la question de l'être qui le tourmente. La question de l'être n'est pas absente des préoccupations de l'hystérique psychotique, mais ce n'est pas ce qui est mis en avant dans son délire.

Enjeux actuels et passés autour du concept de psychose hystérique

Le concept de psychose hystérique a connu une acception générale dans la moitié du XIX^e siècle. Il indiquait un changement dramatique de caractère, une perturbation de la réalité (délire, hallucination, trouble de la pensée) survenant chez un névrosé, c'est-à-dire, à ce moment-là, quelqu'un souffrant d'une maladie neurologique : l'hystérie. A cette époque, l'enjeu était de spécifier différentes catégories cliniques, notamment psychose et névrose, ainsi que leur causalité. Quant à Freud, dans les « *Études sur l'hystérie* », il ne détermine pas rigoureusement la relation entre hystérie et folie, mais dans sa définition de l'hystérie, il laisse suffisamment de place pour les états délirants hystériques.

Après Freud, ce concept de psychose hystérique a progressivement disparu. Le concept de schizophrénie a eu, pour ainsi dire, un effet d'aspirateur : à peu près tous les phénomènes susceptibles d'être qualifiés de psychotiques, dans le sens d'une aliénation par rapport au monde commun, furent rangés dans la catégorie

– toujours en extension – des « schizophrénies ». C'est à partir des années 1960 que la notion de psychose hystérique va être remise en valeur, en même temps que l'extension de la notion de *borderline*⁸.

À partir des années 1960, trois grands auteurs se sont fort intéressés à cette question : Sven Follin, psychiatre humaniste (1911-1997), Jean-Claude Maleval, psychanalyste né en 1946, et Gisèle Pankow, psychanalyste nourrie par la phénoménologie (1914-1998). Il y a eu un débat théorique entre ces différents penseurs, notamment entre le concept de psychose hystérique soutenu par Follin et la conception de Maleval de délirium hystérique – ce dernier étant plus lié à approche structurale lacanienne. À première vue, ce débat pourrait sembler nosographique, mais en fait l'enjeu est bien plus la pratique psychothérapeutique.

Pour Follin, en effet, il n'y a pas d'opposition de nature entre psychose et névrose, cette opposition est pour lui un préjugé théorique. Il n'y a pas d'opposition entre les altérations du champ de la conscience et la désorganisation de la structure de la personnalité. En définissant la psychose comme un processus qui, en altérant l'organisation fonctionnelle de la pensée et de l'affectivité, aliène la personne à ses fantasmes, il propose une révision des fondements de la nosologie psychiatrique par la récusation de tout antagonisme entre psychose et névrose. Il explique la psychose comme ce moment dramatique qui risque d'aliéner la personne par un processus altérant à la fois ses fonctions mentales et le sens de son existence. Dans le cas de la psychose hystérique, la défense ne s'organise pas sur la base du retrait autistique, mais reste en liaison à l'autre, sans jamais de discordance. Seul le schizophrène vit le drame de l'existence de sa personne ; le psychotique hystérique vit, lui, le drame de l'identité de son personnage. En d'autres mots, l'existence est mise en question dans sa réalité pour le schizophrène ; en revanche, l'existence est mise en question en tant qu'elle se situe dans une filiation pour le sujet psychotique hystérique qui a un désir d'être reconnu comme objet du désir de l'autre, ou encore dans sa sexualité⁹. La clinique en santé mentale, où l'on rencontre plus souvent des cas de décompensations psychotiques brèves, va dans le sens de cette hypothèse.

Maleval, quant à lui, est un psychanalyste lié au mouvement lacanien, qui a poursuivi et développé l'apport des théories de Lacan, notamment dans le champ de la psychose. Parmi ses nombreux apports, il distingue le délire psychotique comme tentative de guérison, dont l'analyse ne pourrait parvenir qu'à mettre le sujet face à une énigme insupportable, du délirium hystérique, dont le sujet cherche à se défaire et où l'analyse serait possible dans un second temps.

9. S. Follin, *op. cit.*

8. K. Libbrecht, *Les délires des hystériques. Une approche historique*, Toulouse, érès, 2001.

du corps », propose une thérapie qui a pour objectif de restaurer ces deux fonctions ouvrant la possibilité d'une cure classique.

Le premier enjeu autour de la notion de psychose hystérique était nosographique, le deuxième psychothérapique. Un troisième enjeu est mis en évidence par Katrien Libbrecht qui voit, derrière sa poussée, une tentative de médicalisation¹¹. Tout le monde connaît le sort qui a été fait à l'hystérie dans le champ psychiatrique à partir des années 1950. La thèse que soutient Libbrecht dans son livre *Les délires des hystériques* est que le diagnostic d'hystérie, ayant disparu, a laissé place dans la décennie suivante à une réintégration de l'hystérie au travers de la notion de psychose hystérique. Notion qu'elle critique car elle y voit une tentative de médicalisation de l'hystérie permettant d'en refouler la dimension inconsciente et sexuelle. Notons également que le diagnostic de psychose hystérique semble être devenu « désuet ». En prolongeant son interprétation historique, Libbrecht affirme qu'on peut y voir la tentative des tenants du discours du Maître, celui de la psychiatrie descriptive, de chasser l'hystérie qui vient à sa rencontre tout en pointant les impasses de ce discours.

En ce qui nous concerne, l'enjeu n'est pas de tenter de réhabiliter une catégorie nosologique. Il n'est pas non plus de distinguer, parmi les psychoses, celles susceptibles de bénéficier d'une approche psychothérapeutique psychanalytique, ni d'évaluer celles dont le pronostic serait meilleur. Ces deux points ne trouvent, d'ailleurs, réponse qu'*a posteriori*. Le caractère chronique, même appliqué à l'idée de schizophrénie, est un *a priori* qui ne repose sur aucune validité et qui ne peut, par lui-même, que favoriser la chronicisation, et par conséquent servir de nombreux intérêts sauf celui du patient. Le caractère chronique d'une maladie mentale ne peut s'affirmer qu'après coup, au décours de la vie du patient. Rappelons aussi que bon nombre de patients diagnostiqués hystériques par Freud seraient actuellement diagnostiqués psychotiques, voire schizophrènes.

L'enjeu, pour nous, est de montrer l'intérêt ou la nécessité d'un concept tel que celui de psychose hystérique pour mieux appréhender les sujets présentant certaines problématiques complexes, touchant à la fois le rapport à la réalité et présentant des difficultés majeures avec la question sexuelle.

Tout d'abord, le concept renvoie à l'idée d'une notion qui éclaire un phénomène, qui sans celui-ci resterait très difficile à saisir. Pour Deleuze, un concept c'est une création de la pensée et non une application d'un étiquetage à une réalité. Le concept sert à faire percevoir des choses qu'on ne percevait pas sans lui. Un concept, c'est donc un outil qui va nous aider dans notre pratique. Les catégories

11. K. Libbrecht, *op. cit.*

« Être en mesure de faire une distinction entre un délire psychotique et délirium hystérique est d'une importance décisive, non seulement pour un traitement psychiatrique, mais tout autant pour la conduite d'une cure psychanalytique. Or, qui soutiendra que le psychanalyste puisse avoir le même mode d'intervention à l'égard d'un phénomène, le délire, qui est une tentative de guérison, qui s'essaye à construire une néoréalité stable, qui s'efforce de remédier à une énigme, qui témoigne d'une certitude quasi inébranlable, et à l'égard d'un trouble, le délirium, dont le sujet cherche à se défaire, dont l'instabilité est la règle, qui ne possède pas de finalité interne et qui reste partiellement analysable. Le psychotique tient à son délirium comme à lui-même ; en revanche, l'angoisse inhérente au délirium conduit le sujet à s'en plaindre. Ne pas faire de différence dans la conduite de la cure entre névrosé et psychotique porterait à tenter avec ce dernier l'analyse de la forclusion du Nom-du-Père, ce qui ne pourrait parvenir qu'à mettre le sujet face à une énigme insupportable. En revanche, le maniement du transfert orienté vers un tempérament de la jouissance délocalisée parvient parfois à permettre l'émergence d'une stabilisation durable. Avec un hystérique, le clinicien, confronté à un état aigu, dans un premier temps, apparaît souvent contraint à d'abord tempérer la jouissance de l'autre, ou à attendre que celle-ci s'apaise, ce qui peut entraîner des interruptions du travail analytique ; dans un second temps, les thèmes oniriques du délirium fournissent un matériel qui permet une progressive construction du fantasme, le rendant de nouveau apte à remplir sa fonction défensive à l'égard du désir de l'autre, tandis que se restaurent les conditions rendant possible sa cure analytique.¹⁰ »

Gisela Pankow, troisième grande figure qui a traité de la notion de psychose hystérique, psychanalyste imprégnée de la psychiatrie phénoménologique a, quant à elle, élaboré une pratique propre de la psychothérapie des psychoses. Elle inspire de nombreux cliniciens. Elle a développé le concept d'« image du corps » entendue comme référence spatialisée d'une structure symbolique. Pour elle, l'image du corps a deux fonctions. La première concerne le corps en tant que structure spatiale ; le corps vécu est une spatialité habitée. La seconde est le niveau du corps reconnu ; le niveau de la sexualisation psychique. Lorsque les deux fonctions sont altérées, c'est-à-dire lorsqu'il y a dissociation entendue comme *déstruction* de l'image du corps telle que ses parties perdent leurs liens avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur, on a affaire à une schizophrénie. Mais si l'altération ne concerne que la seconde fonction, lorsqu'il s'agit d'une destruction de l'identité sexuée et non pas de l'image du corps, on a affaire à une psychose hystérique. Gisela Pankow, grâce à ce qu'elle appelle « la structuration dynamique de l'image

10. J.-C. Maleval dans K. Libbrecht, *Les délires des hystériques, op. cit.*

internationales actuelles, qui se veulent descriptives, fonctionnent à l'inverse du concept comme décrit ci-dessus. Il s'agit là de regrouper en syndromes les seuls phénomènes qui sont en prise directe avec nos sens. Ces catégories sont des étiquettes et n'ouvrent plus sur l'intelligibilité des phénomènes. En cela, elles sont entièrement compatibles avec une visée de la guérison définie en termes de disparition des symptômes.

La question que nous voulons poser suite à la disparition d'un concept concerne les conséquences au niveau de la pratique. Si l'enjeu d'un concept est d'ouvrir un sens et non pas de le clore, que nous apporte le concept de psychose hystérique ? Quelles sont les conséquences de s'en passer ? Le risque pour nous est de perdre une intelligibilité bien utile dans ces situations difficiles. Comme pour l'hystérie qui a été morcelée en différents troubles dans les versions récentes du DSM, la dimension hystérique disparaît dans la nosographie de la psychose. Or celle-ci permet de soutenir qu'un transfert avec le sujet psychotique peut s'établir, aussi compliqué à manier et à analyser soit-il.

Enfin, il nous apparaît important de ne pas se référer *uniquement* à la notion de structure. La position de Maleval est en accord avec l'idée lacanienne de structure, ce qui implique qu'entre hystérie et psychose il faut choisir. Il y a bien sûr pour Maleval des hystériques qui délirent (« la folie hystérique » ou le délire des hystériques) mais la structure reste l'hystérie. Il ne s'accorde pas avec l'idée freudienne de pathologie mixte impliquée, par exemple, dans une notion comme celle de psychose hystérique. Or celle-ci nous paraît rendre mieux compte de la complexité clinique d'une manière d'être en relation qui ne serait pas uniquement l'expression d'un conflit oedipien inconscient, mais une véritable impossibilité de partager un monde commun avec autrui en lien avec la question sexuelle. La notion de structure qui différencie hystérie et psychose est utile pour éclairer notre compréhension de ces phénomènes mais au niveau clinique, il nous semble important de garder à l'esprit que les structures sont complexes, qu'il s'agit de catégories vastes impliquant des différenciations plus fines à l'intérieur de chaque catégorie.

En conclusion, l'expérience clinique, loin de nous obliger au dilemme entre hystérie ou psychose, nous a plutôt conduits à poser la reconnaissance de troubles psychotiques et hystériques. Nous ne retenons donc pas les termes d'hystérie grave, de folie hystérique ou d'hystérie psychotique. Si dans la psychose, c'est de la question de l'existence qu'il s'agit, on pourrait dire que dans la psychose hystérique c'est la question de l'existence sexuelle qui est centrale. Le concept de psychose hystérique nous permet de ne pas éviter la problématique de la sexualité qui, bien que très présente dans les thèmes délirants, ne sera pas spontanément amenée comme matériau de l'analyse. Ainsi, un patient massivement délirant au premier abord confiait, quelques mois plus tard, qu'il était plus facile pour lui de parler à son ana-

lyste, qu'il connaît depuis longtemps, du pot de fleurs à côté du divan que de ses angoisses massives d'être englouti dans le sexe d'une femme.

On peut penser que ce concept est superflu ou encore qu'il réduit la personne à une catégorie nosographique. Mais nous avons tenté de montrer en quoi il nous est utile dans notre pratique psychothérapeutique car il nous permet de percevoir quelque chose qui sans lui n'apparaîtrait pas. Il dévoile l'impossibilité d'intégration du conflit désir-réalité et sert à orienter notre écoute dans le travail psychothérapeutique. Il nous aide à percevoir la réalité forclosée, à sentir le monde du sujet. Cela revient à dire que le travail analytique consistera à se situer au plus près des perceptions du sujet psychotique afin d'élaborer des significations symboliques, et non plus uniquement imaginaires et non partageables.

Se laisser interpellé par le symptôme psychotique et écouter le sens en lien avec un rejet de la sexualité permet au « sujet psychotique et hystérique » d'aborder cette problématique, dans le lieu psychothérapeutique, et ce faisant d'ouvrir une possibilité de symbolisation. Ce travail rend partageables certains vécus et par conséquent donne la possibilité au sujet de sortir de la solitude dans laquelle le plonge le refus en bloc de sa vie affective.