

# VARIATIONS DU CHAMP DE L'HYSTÉRIE EN PSYCHANALYSE

Fut-ce Anna O. qui inventa la " talking cure " ? Fut-ce le fonctionnement génèreux des premières hystériques rencontrées par Freud qui lui révéla le trauma, les fantasmes de séduction, l'effroi produit par la sexualité ? ces patientes ne posèrent-elles pas d'elles-mêmes les bases de la cure psychanalytique ? que ceux qui l'auraient cru se détrompent, selon Fairbairn ou Khan, c'est contre l'hystérique que s'est faite la découverte freudienne. Dès 1954, le premier met l'accent sur " la résistance active " déployée par le patient hystérique à l'égard des efforts thérapeutiques du fondateur de la psychanalyse. Vingt ans plus tard, le second pousse cette conception jusqu'à ses limites quand il affirme que Freud n'a pu définir le caractère et la nature de la névrose que grâce à son respect de " la résistance de l'hystérique à être connue " laquelle se manifeste par " son refus " et sa mauvaise volonté à coopérer dans sa propre cure " !

comment et pourquoi un tel retournement de perspective a-t-il pu se produire ? quel a été le devenir divergent de l'hystérie freudienne dans le discours de l' I.P.A. et dans l'enseignement de Lacan ?

## L'HYSTERIE FREUDIENNE

Freud produit à la fin du XIXE siècle une décisive extraction de l'hystérie du discours médical. Il constate très tôt que ses symptômes ne répondent pas aux lois de fonctionnement du système nerveux. Elle se comporte, écrit-il, comme si l'anatomie n'existait pas : " elle prend les organes dans le sens vulgaire, populaire du nom qu'ils portent : la jambe est la jambe jusqu'à l'insertion de la hanche, le bras est l'extrême supérieure comme elle se dessine sous les vêtements ". Il découvre par surcroît que les hystériques " souffrent de réminiscences ", lesquelles sont tenues à l'écart de la conscience au moyen d'une " dissociation " intervenant en certains groupes de représentations. Il fait de ce processus, auquel il donne le nom de refoulement, un mécanisme basal. D'autre part, il estime qu'en raison d'une " complaisance somatique " propre à l'hystérie, le refoulé tend à s'y exprimer symboliquement par l'intermédiaire du corps (paralysie, cécités, contractures, douleurs, crises convulsives, etc...). il suppose que la libido détachée de la représentation refoulée se transforme en énergie d'innervation, laquelle, par un saut resté mystérieux du psychique dans le somatique, donne naissance aux symptômes de conversion.

Toutefois, il constate l'existence d'hystéries " peu convertissables ", telle celle d'Emmy von N ., qui suscitent des symptômes psychiques (délires, hallucinations, phobies), des modifications d'humeur (angoisse, dépression mélancolique), voire des troubles de la volonté (aboulies). Il découvre que des fantasmes inconscients, exprimant un désir issu de la vie sexuelle infantile, supportent le symptôme hystérique, tandis qu'une meilleure compréhension

de ses déformations symboliques est produite par l'ouverture de la voie royale des rêves. L'analyse de celui de la belle bouchère permet à Freud de discerner dès 1899 l'obligation dans laquelle se trouve l'hystérique de se créer un " désir insatisfait ". La mise à distance de l'objet en est le corrélat nécessaire. Dora le démontre. " Je tiens pour hystérique, affirme Freud à son propos, toute personne chez laquelle une occasion d'excitation sexuelle provoque surtout et exclusivement du dégoût ". Il confère une majeure à ce refus d'être comblée en faisant le ressort de la dynamique de l'identification hystérique. Ainsi note-t-il que la belle bouchère " se met à la place de son amie dans le rêve, parce que celle-ci se met à sa place après de son mari, parce qu'elle voudrait prendre dans l'estime de son mari, la place de son amie ". Dans tous les exemples proposés par Freud, il apparaît que les masques suscités par l'imitation hystérique s'appuient sur la communauté d'un manque. Nulle psychogenèse ne saurait rendre compte de ce trait, fondé en structure, qui met en lumière l'essentiel insatisfaction du désir de l'hystérique.

En rapportant des observations " d'être oniriques hystériques ", Abraham donne en 1910 une fine description de troubles psychiques qui peuvent advenir quand la conversion n'est pas prédominante. Freud en apporte une nouvelle illustration quand il analyse, à partir d'un manuscrit du XVII<sup>e</sup> siècle, la " névrose démoniaque " d'un sujet qui présente " délire " et " hallucinations ".

Le champ d'extension de l'hystérie en son œuvre se révèle englober un domaine large et varié de la symptomatologie. Certes, après 1910, un certain flottement apparaît discernable : les manifestations les plus spectaculaires des " convulsionnaires " et des " possédés " glissent vers les temps historiques, l'amentia mord sur la grande hystérie, les états oniriques d'Abraham s'oublent. Néanmoins aucune innovation théorique ne contraindra Freud à reconsidérer la pertinence du diagnostic porté dans les " Etudes... " de 1895. De même, il ne mettra jamais en doute que les symptômes hystériques, fussent-ils psychiques, soient réductibles par la délivrance du refoulé. " Notre technique, écrit-il en 1918, a été créée en vue du traitement de l'hystérie et continue à bien s'appliquer à cette affection ". Pourtant, aujourd'hui, à en croire certains, l'hystérie se ferait rare et toujours plus difficile à analyser. Est-ce la mise en évidence, dans les années vingt, de la résistance opiniâtre suscitée par l'automatisme de répétition et par la pulsion de mort, qui rendrait compte de ce changement de perspective ? il apparaît vite que ce ne saurait être le cas puisque ce sont souvent les mêmes qui à la fois négligent ces notions et minorisent l'hystérie. pourquoi dès lors existe-t-il une tendance contemporaine à un démembrement sans cesse plus accentué de la grande névrose ?

## LES REEVALUATIONS DE L'HYSTERIE

Peu après la mort de Freud, nombre d'analystes, en particulier dans la sphère anglo-saxonne, constatent un accroissement des patients qui rechignent à s'adapter à une cure-type en laquelle l'accent mis sur l'interprétation du matériel s'amenuise au profit de l'analyse des résistances. Gravité de la régression, profondeur du narcissisme, faiblesse du moi, importance du facteur schizoïde, les explications diffèrent, mais les opinions convergent quant à la raréfaction des indications à la psychanalyse.

Toutefois, jusque dans les années cinquante, l'œuvre de Freud est encore trop présente pour que l'on mette doute l'aptitude des hystériques à profiter de la cure analytique. Ainsi le classique traité de psychologie freudienne, publié en 1945, par Fenichel, à l'usage d'étudiants pressés, efface certes quelque peu l'hystérie, cependant il estime que les " meilleurs résultats

thérapeutiques " y sont obtenus. Les sujets inanalysables ne sauraient encore se rencontrer parmi les hystériques. Nul ne songeant à interroger les modifications intervenues dans la technique psychanalytique pour rendre compte de l'émergence de ces nouveaux patients, il faut supposer que la pathologie s'est modifiée, mieux même, que l'investigation psychanalytique s'est affinée, en sorte que le champ de la psychopathologie apparaît à reconsidérer. Dans ce contexte, de nouveaux syndromes feront leur apparition, tandis que l'on s'emploiera à réévaluer l'hystérie - toujours en la réduisant.

L'œuvre de Freud témoigne d'un effort tenace pour différencier la névrose de la psychose en tentant de dégager des mécanismes inconscients spécifiques. Quoique cette recherche n'ait pas pleinement abouti, elle incline vers le discernement d'une rupture. Or, pendant que Lacan précise celle-ci dans les années cinquante, l'orientation de l' I. P. A. est toute autre : l'on s'y efforce de situer la psychopathologie selon des niveaux de force du moi, plus ou moins corrélés à des degrés du développement libidinal. A l'un des étages supérieurs, aux confins du suprême de génitalité, aux abords du moi fort, l'hystérie trouve une petite place.

L'un des rares travaux d'importance qui lui ait été consacré par la psychanalyse anglo-saxonne fut rédigé par Fairbairn en 1953. Quoiqu'originale, son appréhension de l'hystérie est marquée par l'influence de la pensée de Mélanie Klein, laquelle s'est peut-être intéressée à cette névrose - sauf à l'aborder par l'intermédiaire d'un fantasme de fellation prévalent qui en limite singulièrement l'extension. Dans le cadre d'une théorie centrée sur la relation d'objet, Fairbairn considère que l'hystérie ne relève pas d'une fixation à une phrase déterminée du développement libidinal. Il décèle sa caractéristique principale dans l'emploi d'une technique de défense spécifique pour contrôler les relations d'objets internes. Le conflit endopsychique auquel s'affronte l'hystérique résiderait dans un excès inhérent à deux différenciations de l'objet primordialement introjecté : l'objet captivant serait trop captivant tandis que l'objet rejetant serait trop rejetant. Il s'agit en fait d'une reformulation du conflit oedipien : malgré la valorisation extrême de l'objet désiré, l'hystérique doit refouler et sacrifier sa sexualité en considération de la dimension persécutive prise par l'objet rejetant. Une telle perspective ne saurait renouveler l'approche des phénomènes de conversion, aussi sont-ils mollement définis comme substituant un état corporel à un problème personnel. Outre ceux-ci, selon Fairbairn, le champ de symptomatologie hystérique semble recouvrir pour l'essentiel des troubles de la vie sexuelle, des manifestations d'angoisse, et une certaine compulsion à la souffrance morale. Mise à part une rapide mention à un bref état onirique, il passe sous silence les formes de la grande hystérie. les exclut-il ? il semble laisser subsister une certaine incertitude, car il se réfère aux anciennes observations de dédoublement de la personnalité hystérique, mais il ne les évoque qu'afin de reconsidérer le concept de dissociation.

Les travaux de Fairbairn sur " Les facteurs schizoïdes dans la personnalité " firent sa réputation dans les années quarante. Il estimait qu'il convenait d'assimiler des notions aussi différentes que celles de dissociation hystérique, de Spaltung Schizophrénique, de clivage du moi et de refoulement. Tous ces termes, selon lui, désigneraient l'inaptitude d'une part de l'ego à appréhender l'ensemble des fonctions de la personnalité. Freud a pourtant mis en garde contre de tels rapprochements abusifs, en particulier quand il distingue nettement le mécanisme du refoulement des " migrations de la conscience " constatées dans la symptomatologie des personnalités multiples. Bleuler lui-même postulait derrière des Spaltung Schizophréniques secondaire une Zerspaltung morcelante plus fondamentale, ignorée par Fairbairn, moyennant quoi celui-ci instaure trop négligemment une interpénétration entre les processus névrotique et psychotique. Qui plus est, il perd dans la nébuleuse des " facteurs schizoïdes " l'un des repérages majeurs de l'hystérie freudienne, à savoir la précellence du

refoulement. Les observations de personnalités multiples relatées par Janet, James et Prince révéleraient la " nature essentiellement schizoïde " des troubles, mais leur statut par rapport à la névrose reste incertain puisqu'il affirme que " la personnalité de l'hystérique comporte invariablement un facteur schizoïde plus ou moins marqué " dont le rêve prouverait l'universalité.

A suivre Fairbairn l'on se trouve conduit à rapporter l'ensemble de la psychopathologie à des niveaux d'intégration du moi : sur l'échelon inférieur, les schizophrènes, sur le plus élevé, l'absence de clivage, la totale maîtrise du moi qui parviendrait jusqu'à l'extinction des rêves. Il ne s'agit, dit-il, que d'une " possibilité théorique " - mais cette seule hypothèse n'est-elle pas déjà exorbitante ? Fairbairn ravale la Spaltung du sujet à une pathologie du moi. Dès lors, la recherche majeure consacrée à l'hystérie dans les années cinquante a pour conséquence de miner la spécificité du concept freudien. La reformulation de la classique notion de précellence du conflit oedipien en termes de relations d'objet internes n'apporte guère qu'un vocabulaire nouveau ; en revanche, l'accent mis sur les facteurs schizoïdes pose l'un des fondements principaux de son démembrement sur une échelle d'évaluation de la force du moi.

Dans la première décennie de la seconde moitié du siècle, la diffusion de l'œuvre de Mélanie Klein, comme la traduction en langue anglaise de l'ouvrage majeur de Bleuler, ont une influence convergente avec celle de Fairbairn pour conférer une extension démesurée aux mécanisme psychotique. Les conditions sont alors réunies pour qu'il soit procédé à un ré-examen des cas présentés par Freud et Breuer en 1895 à l'occasion de leurs Etudes sur l'hystérie. c'est à San Francisco qu'une digne représentante de l'ego psychology s'en charge. Reichard ne balance pas : Anna O. et Emmy von N. étaient des schizophrènes. Elle fonde ce diagnostic sur des critères variés qui possèdent en commun de référer à une vague notion de gravité. Par comparaison aux trois autres cas majeurs de Freud, elle estime que ces deux patients étaient issus de familles plus perturbées, que leurs symptômes étaient plus nombreux, que le résultat du traitement fut moins bon, et surtout que la faiblesse de leur ego produit une différenciation décisive. L'hystérie, selon elle, est une névrose caractérisée par des symptômes de conversion dérivés de désirs oedipiens irrésolus. Elles témoignent de la persistance de conflits sexuels de niveau phallique ou génital, et elle n'est compatible qu'avec un degré minimal de défaillance de l'ego. Cohérente avec son approche limitative, Reichard refuse même, contre Reich, Fairbairn et Marmor, de considérer que des fixations orales puissent appartenir à cette pathologie. La plupart des " ego-psychologues " approuvent ses vues.

Ainsi, quand, à New York, vingt deux ans plus tard, Krohne rédige la monographie qui codifie l'hystérie rénovée, il souligne que la détermination de celle-ci se fonde en dernier ressort sur le fonctionnement de l'ego. Il estime que les débats concernant le degré de maturation libidinale décelable en cette névrose, qui conduisent l'un à discerner une génitalisation de la bouche (Reich) tandis que l'autre constate un usage oral des génitoires (Marmor), évoquent des querelles scolastiques sur le sexe des anges. Nous n'y contre dirons point.

Les notions de " psychose hystériques " et d'amentia, selon Reichard, n'appartiennent plus qu'à la vieille terminologie psychiatrique . A cette dernière, elle préfère la nouvelle quand elle promeut une schizophrénie rénovée. Elle convient que le diagnostic en reste obscur, mais il s'appuie d'abord sur une déficience majeure de l'ego. Elle considère comme Bleuler que cette pathologie se rencontre avec une fréquence considérable, et qu'elle n'appartient pas nécessairement à la psychose. En cette masse confuse de schizophrènes, qui

constituerait la majorité des patients, ses collègues sont déjà en train d'introduire des discriminations nouvelles sous lesquelles la grande névrose succombera plus encore.

La constriction de l'hystérie est censée isoler une pathologie qui constitue une bonne indication de la cure psychanalytique et dont le pronostic est favorable. Fenichel, Fairbairn, Glover, Reichard, tous s'accordent sur ce point. Du moins en est-il ainsi jusqu'au début des années soixante. A cette date est forgé par l'ego psychology le concept " d'analysabilité " ; en peu de temps la carence de celle-ci va s'étendre comme une gangrène jusque dans le champ de l'hystérie minorée. C'est à New York précisément, là où le Kris Study group élabore l'ego psychology, qu'Easser et Lesser constatent, dès 1965, l'inaptitude répétée de la psychanalyse à renverser le cours des symptômes hystériques, conduisant les thérapeutes à l'incertitude, au découragement et au désintérêt, incitant même certains à se détourner de ce champ de recherche improductif. Dès lors, seul un nombre restreint de sujets suffisamment matures et intégrés serait à ranger dans le cadre de la " personnalité hystérique. Il faudrait différencier celle-ci d'un large groupe de patients " hystéroïdes " qui réagit de manière négative aux tentatives de cure analytique. Trois ans plus tard, toujours à New York, E. Zetzel morcelle l'hystérie en quatre groupe à l'intérieur desquels l'analysabilité des sujets va décroissant. Le " bon hystérique véritable " selon son expression, ne se rencontre que dans la première catégorie, les difficultés surgissent dès la suivante . franchissant un pas de plus que les auteurs précédents, elle estime que ce ne sont pas seulement les " hystéroïdes " qui ne sont pas analysables mais certains hystériques eux-mêmes.

L'incompréhension qui s'instaure entre les analystes anglo-saxons et les hystériques est porté à son comble en 1974 dans un article de M. Khan : c'est vers la théorisation d'une fondamentale inanalysabilité de la grande névrose que s'oriente cet auteur. " Le monde intérieur de l'hystérique, affirme-t-il, est un cimetière de refus " ; ses souvenirs s'incarnent en des états somatiques de sorte qu'ils ne se prêtent " ni à l'élaboration psychique, ni à la verbalisation ". Bref, celles qui ont découvert la psychanalyse lui apparaissent aujourd'hui fondamentalement " rancunière " et " revendicatives ". Elles ont pour cela quelques raisons. La cure est devenue pleine d'embûches : qui échappe aux interprétations Kleinienne tentaculaire risque d'être d'effectuer une bonne alliance thérapeutique. Les hystériques éprouvent trop l'impossible du rapport sexuel pour se satisfaire du savoir dont on cherche à les gaver. Aussi, de même qu'initialement elles répondirent à la fascination de Freud par des fantasmes de séduction, de même aujourd'hui retournent-elles parfois à " l'ego-psychologue " son propre discours sous une forme inversée.

Evoquons là telle patiente de Khan, qui, en réponse à des interprétations ressenties comme menaçante, s'alarme d'être assaillie par une image hypnagogique, en laquelle elle suçait le phallus de son analyste, dont l'être entier se réduisait à cette puissante image. L'analyste de conclure que la fonction interprétative est vécue par l'hystérique " comme une attaque phallique ou une séduction ". Sur cette remarque, pertinente en ce contexte, se boucle un travail inauguré par le postulat d'un " non-vouloir savoir " propre à l'hystérique . d'une telle image hypnagogique, proche d'une structure d'acting-out, " l'ego-psychologue " n'a rien à apprendre, assuré qu'il est de la mauvaise volonté de ce genre de patiente.

Quel qu'effort pourtant que puisse faire l'analyste, il est de structure que ce ne soit pas son discours qui produise du savoir - c'est à celui de l'hystérique que cette aptitude est dévolue. A méconnaître cela, Khan rate la vérité incluse dans ce fantasme de fellation paradigmatique. En irait-il autrement qu'il faudrait interroger ce qui, au sein d'une des pratiques actuelles de la psychanalyse, suscite un refus croissant de l'interprétation de la part

des patients de plus en plus nombreux. L'analysabilité de certains sujets qui entrent encore dans le champ de la névrose hystérique minorée est une thèse qui n'apparaît guère en des textes antérieurs aux années soixante. La novation s'avère contemporaine des avancées de la psychologie du moi concernant les notions d'alliance de travail et d'analysabilité. Ces nouveaux concepts affirment, comme condition de la psychanalyse, la présence chez le sujet d'une sphère du moi autonome et libre de conflit. C'est à partir de ce mode sain d'appréhension de la réalité que devrait être analysé un transfert conçu comme inhérent au vécu pathogène. Dès lors le but de la cure, comme l'indique la patiente de Khan, ne peut résider qu'en l'incorporation de la brillance phallique du moi évidemment fort de l'analyste. A cette alliance de travail, censée la conduire à partager une éthique d'avocat américain, l'hystérique rechigne ; d'où sa propension remarquée aux acting-out, ses attitudes de revendication, son " vide plein la tête " (Khan) - en un mot son affolement.

Cependant, à ces tentatives pour bouleverser le setting, à ces efforts pour révéler la faille de l'Autre, le Maître n'est jamais à court de réponses. Parmi les nouveaux concepts forgés à cette fin, bordeline est devenu le plus usuel, mais sont aussi bien convoquée la " personnalité narcissique " ou la " perversion affective ", tandis que la vieille terminologie psychiatrique, utilisée avec tact et modération, conserve ses mérites.

Ne fût-ce qu'à s'en tenir aux observations des auteurs anglo-saxons, les similitudes entre les hystériques " rancunières " et les patients borderlines apparaissent frappantes. Nul ne disconvient que ces derniers possèdent un grand nombre de traits hystériques chacun note leur exhibitionnisme, leur narcissisme, l'instabilité de leur comportement, leur intolérance à la frustration combinée à une propension aux emportements colériques, la présence ordinaire de phénomènes de conversion, et la fréquence plus élevée de cette pathologie chez les femmes. Dans le domaine de la vie sexuelle, la plupart des auteurs (Kernberg, Gunderson, Singer) décrivent un trouble d'approché objectal, issu de la persistance du conflit oedipien, qui conduit à une idéalisation irréaliste du partenaire.

Il en résulte une instabilité des relations hétérosexuelles qui n'est pas sans évoquer la manière la plus banale empruntée par l'hystérique pour maintenir son désir insatisfait. Les états limites apparaissent de surcroît comme des sujets qui s'adaptent mal à la cure analytique, changeants et sarcastiques, nous dit-on, ils se montrent désobligeants avec le thérapeute, cherchant, évitent l'insight, paralysent la dynamique du processus analytique, sous un accord apparent, ils dissimulent en fait un rejet des interprétations. La majorité des auteurs estiment que ces patients ne sont pas aptes à suivre une cure analytique.

Qu'est-ce qui, dès, différencie un patient bordeline d'une hystérique rendue acrimonieuse ? pour l'essentiel, une notion d'excès propre au premier : la faiblesse du moi plus marquée, la régression libidinale plus accentuée, la symptomatologie plus riche. Sur ce fond déficitaire surgiraient des troubles de l'identité, des acting-out, des hallucinations et des délires passagers. Qu'il faille intégrer la grande hystérie freudienne en cette pathologie, Kernberg n'en doute pas puisqu'il y inclut des " réactions dissociatives ", telles que les " états crépusculaires ", les fugues hystériques, et l'amnésie accompagnée de perturbations de la conscience - sans les mentionner il évoque là les phénomènes de dédoublement de la personnalité envisageant le même problème à partir de l'hystérie, Krohn partage l'opinion de son collègue new-yorkais quand il range les " hystéroïde d'Easser et les " hystéroformes " d'Abse dans le même le concept de bordeline ignoré par Freud, et qui ne prend vraiment d'importance qu'au début des années cinquante, lors de la montée des cas inanalysables, serait-il forgé pour une approche moderne des formes les plus spectaculaires de l'hystérie ? il

n'en est rien. Certes il inclut une partie de celles-ci, mais au sein d'une nébuleuse conceptuelle ou voisinent aussi bien des sujets de structure perverse que psychotique. Ainsi est-il par exemple surprenant de constater que la plupart des auteurs s'accordent à ranger dans ce cadre les " personnalités comme si " d'H. Deutsch, expressément décrites par elle en relation avec la schizophrénie, et dans lesquelles Lacan discerne des modes imaginaire de stabilisation de la structure psychotique. Toutefois, si la notion de bordeline peut constituer un masque porté sur la structure hystérique, d'autres conviennent aussi bien à cette tâche ; à les énumérer la liste serait longue : personnalité narcissique, schizophrénie pseudo-névrotique ou ambulatoire, etc.

Plus récente et plus inattendue en ce contexte, une création française des années soixante dix : " la perversion affective ". Elle est caractérisée, selon David, " l'inhibition, l'ajournement et la dépréciation de la réalisation génitale complète ", de sorte que tout se passe " comme si le défaut de réalisation du désir était devenu en tant que tel le désirable ". L'on ne saurait mieux décrire l'essentielle insatisfaction hystérique. Bien entendu, la " perversion affective " posséderait une propension à susciter une " perversion de transfert ". Dès lors toujours se répètent les mêmes constatations concernant les attitudes négatives de ces patients qui rechignent à l'éducation psychanalytique.

Malgré quelques timides efforts entrepris par des psychiatres dans les années soixante afin de réintroduire le concept de " psychose hystérique ", celui-ci n'a plus guère sa place dans le discours psychanalytique. En une courte note interrogative, La planche et Pontalis ne peuvent qu'avouer leur embarras à l'égard de ce cadre nosologique utilisé par Freud. Confondant approches symptomatologique et structurale, il tombe à juste titre dans l'oubli.

La psychanalyse a été découverte, il faut s'en souvenir, grâce à des patients que d'aucuns nomment aujourd'hui des borderlines ou des " schizophrènes ". C'est ce que Freud indique nettement, en 1904, quand il affirme thérapeutique " que sur des malades très sérieusement atteints, sur des cas à peu près désespérés. Je ne pus d'abord disposer, poursuit-il, que de patients ayant déjà tout essayé sans résultats et ayant passé des années dans des maisons de santé ". La psychanalyse, selon lui, a connu ses premiers succès avec les " névroses graves " ; il ajoute qu'elle " a été créée en étudiant les malades incapable de s'adapter à l'existence et à leur intention ". L'évolution d'une branches de la psychanalyse, huit décennies plus tard, conduit à une restriction manifeste de son champ d'application.

#### PERSISTANCE DE L'HYSTERIE FREUDIENNE

Dans la droite ligne de Freud, Lacan, rappelle au soir de sa vie avoir été guidé par les hystériques jusqu'au noeud borroméen de ses recherches ultimes. Bien loin d'avoir estompé la grande névrose, il souligne la place majeur qui lui fut reconnue par le fondateur de la psychanalyse : il note, à l'instar de ce dernier, que la névrose obsessionnelle ne constitue qu'un dialecte de l'hystérie, indiquant par là le fondement hystérique du champ des névroses ; il constate l'hystérisation du discours de tout analysant ; il n'ampute pas l'hystérie de ses symptômes en lesquels le mécanisme de la conversion n'intervient pas.

L'aversion de l'objet et l'insatisfaction essentielle du désir, discernés par Freud, constituent l'axe de la structure hystérique telle que la dégage la clinique lacanienne, en ne cessant pas de s'appuyer sur le sujet désirant révélé par la Traumdeutung. Pour l'hystérique, la castration est unilatéralisée du côté de l'Autre, contraignant le sujet à incarner l'objet condensateur de la jouissance. Sa séduction et son théâtralisme, constaté de longue date,

trouvent là leur fondement. Par la mise en avant du sceptre phallique, elle tente de répondre au tourment d'une interrogation sur son identité sexuée, s'efforce de masquer la béance du rapport sexuel. La formulation du discours de l'hystérique, produite en 1969, donne à celui-ci une extension qui dépasse le champ de la névrose du même nom. Néanmoins, il s'y dépose des traits révélés par cette dernière : le refoulement de la vérité du désir, la prédominance du symptôme qui divise le sujet, la recherche auprès d'un maître du savoir capable de rendre raison de la jouissance. Il y est encore discernable que cette quête est vouée à l'échec : seule l'hystérisation du discours pouvant produire un savoir sur les traces du réel .

L'appréhension de l'hystérie, dans une perspective génétique et psychologisante, conduit inéluctablement à la situer sur un continuum où lui est dévolue la place de la pathologie la plus mineure : il en résulte une accentuation de son clivage par rapport aux autres névroses et une perte de tout un pan dit " régressif " de sa symptomatologie - versé en des syndromes divers. A l'encontre de cette perspective, issue d'Abraham, aujourd'hui complétée par la considération prévalante des fonctions du moi, l'orientation structurale de Lacan n'emporte aucune notion de degrés pour saisir l'hystérie. il prend ainsi de biais toute détermination de celle-ci fondée sur un déficit inversement proportionnel à la richesse de la symptomatologie. Son approche maintient une pleine ouverture à la dimension du fantasme et à la vérité d désir, alors que les notions de carence du développement libidinal et de faiblesse du moi inclinent la cure sur une pente éducative visant à générer des processus de maturation.

L'hystérie de Lacan ne retranche rien de celle de Freud. Non seulement il constate, comme ce dernier, que la grande névrose suscite parfois des troubles psychiques semblables à des délires ou à des hallucinations, que les fantasmes de morcellement anatomique y sont fréquents, mais son abords structural produit même un certain élargissement du champ de ses symptômes, discernable quand il note que la " catatonie ", la " catalepsie " et la " mythomanie ", peuvent appartenir à sa pathologie, et quand il décèle la structure hystérique de la jeune homosexuelle observée par Freud.

Rien d'étonnant à ce que ce soit dans les travaux des élèves de Lacan qu'ait été le plus souligné, lors de la dernière décennie, le polymorphisme et l'extention de la symptomatologie hystérique. A partir de l'analyse détaillée d'un cas clinique, D. Rabinovich a montré qu'elle peut revêtir le manteau de la mélancolie, tandis que C. Soler a lever celui de la schizophrénie. En des travaux plus généraux, Israël et Maleval évoquent quelques figures modernes de l'hystérie, le premier constate la diversité d formes isolées à partir du symptôme - syndrome de Münchhausen, certaines dépression, toxicomanie, anorexies et perversions - le second s'attache à débusquer les tableaux " psychotiques " : Schizophréniques, voire paranoïaques. L'hystérie réduite de l' I. P. A. fait obstacle à l'enrichissement et à l'affinement de cette liste non exhaustive. Nous y sommes en revanche invités par Freud et Lacan. " Un effet d'Aufklärung, affirme ce dernier, lié à l'entrée en scène, si boiteuse qu'elle se soit faite, du discours de l'analyste (...) a suffi à ce que l'hystérique renonce à la clinique luxuriante comme le signe (...) qu'elle va faire mieux que cette clinique ".

Chacun s'accorde à considérer l'hystérie comme une névrose dont la symptomatologie est en constante évolution ; celle-ci, toutefois, n'est pas appréhendée de manière identique. Pour qui s'attache au concept freudien, il est souvent remarqué que les grandes crises convulsives se sont effacées tandis que surgissaient des formes modernes empruntant plus volontiers des allures psychotiques. En revanche, pour qui réduit l'hystérie, son histoire doit être reconstruite. Un trait de plume est tiré sur les travaux de Janet, d'Azam, de prince, comme sur les premières observations de Breuer et Freud : " l'hystérie victorienne " selon

Krohn aurait été caractérisée par une propension aux somatisations ! Il ajoute que la " blonde évaporée ", " la femme-enfant sexy ", en aurait constitué la forme prince de la première moitié de siècle. Un tournant aurait eu lieu autour des années cinquante, celles-là mêmes lors desquelles les analystes de l'I . P. A. commencent à constater un accroissement des patients inanalysables ; dès lors le plus récent de l'hystérie serait une forme revendicative, conduisant le sujet à " localiser l'origine de ses problèmes dans l'oppression sociale et politique ". La limitante féministe aurait supplanté la blonde évaporée. La rancune de l'hystérique générée dans le cabinet de l'analyste est ainsi extrapolée sans vergogne dans le champ de la société occidentale.

Les tentatives d'appréhension de l'hystérie par le discours du Maître incitent non seulement à son oblitération partielle, mais elle penchent à susciter une légitime acrimonie du sujet " analysé ". En revanche, pour qui oriente sa pratique sur une clinique du désir et de son objet, la rencontre avec l'hystérique reste la plus fréquente, et la plus favorable au déroulement de la cure. A l'analyste qui ne fait pas obstacle à la délivrance de la vérité du sujet, chaque hystérique sait aujourd'hui encore ouvrir les arcanes de la psychanalyse freudienne.

#### Note

Elle semble même avoir un effet de censure à l'égard de l'observation clinique quand on constate l'ignorance en laquelle est tenu, par ses propres collègues, le remarquable travail de Levinson, analyste new-yorkais, relatant en 1966, la disparition, grâce à l'analyse du refoulé, d'un symptôme nommé " hallucinations auditives dans un cas d'hystérie. Krohn lui-même en sa monographie n'y fait aucune mention.