

HYSTÉRIE

Histoire de l'hystérie

HIPPOCRATE a donné ce nom d'après un modèle de représentation où l'utérus, se mouvant dans le corps, stoppait par moments les transmissions nerveuses. Les crises hystériques, ressemblant à l'épilepsie (accès au dossier "[épilepsie](#)"), entretenaient une "aura" divine autour de leur détenteur. Au moment de l'inquisition, les hystériques sont vécus comme possédés et finissent souvent brûlés.

En 1793, Philippe PINEL fait libérer les aliénés et les fait reconnaître comme individus malades.

Vers la fin du 19^{ème} siècle apparaissent Jean Martin CHARCOT, son élève Joseph BABINSKI et Sigmund FREUD. Ils se rendent compte que la suggestion fonctionne avec l'hystérique. A "la Salpêtrière", des séances d'hypnose (accès au dossier "[hypnose](#)") ont prouvé l'absence des lésions organiques dans la maladie hystérique.

Joseph BABINSKI pensait que l'hystérique était un simulateur. Sigmund FREUD croyait à la conviction du malade et travaillait donc plutôt sur l'aspect psychologique (accès au dossier "[FREUD: définitions et théories freudiennes](#)").

Ce qu'il y avait de nouveau au temps de J. M. CHARCOT c'était l'extraordinaire ampleur qu'avait prise l'étude de l'hystérie, et notamment des crises motrices où l'on décrivait soigneusement 4 stades: la période épileptoïde, la période du clownisme, la période des attitudes passionnelles et la période terminale avec souvent des hallucinations, où l'on recherchait des stigmates, où l'hypnose apportait son relent de magie. Les élèves de CHARCOT et BABINSKI lui-même, avaient construit un monument extraordinaire en s'appuyant sur des publications dont certaines nous apparaissent comme absolument déréelles, et tout cela dans une atmosphère qu'imprégnait l'hystérie, d'exaltation mélodramatique et d'érotisme latent.

Quand le maître est mort, Joseph BABINSKI abattit le monument et les anciens disciples brûlèrent ce qu'ils avaient adoré. Le besoin se faisait sentir d'exorciser définitivement la chose fascinante et mystificatrice.

On ne voulait plus entendre parler de l'hystérie, on en fit le "*pithiatisme*". Du même coup cette femelle inquiétante ramenée au masculin paraissait perdre cette aura sexuelle qu'au long des siècles et depuis HIPPOCRATE toute la tradition médicale avait éprouvée, et que l'inquisition vers la fin du moyen-âge en brûlant tant d'hystériques avait elle aussi reconnue.

Et voici le deuxième élément qui, répandu dans le public médical puis dans le grand public, donne au terme d'hystérie tout son poids péjoratif. Les hystériques nous apparaissent depuis Joseph BABINSKI comme de faux malades, jouant la comédie de la maladie, et ils sont aussi ceux dont la sexualité inassouvie peut déclencher des réactions imprévisibles, ridicules,

caricaturales et parfois inquiétantes dans leur exaltation. Le stade des attitudes passionnelles de la grande crise de J. M. CHARCOT se rencontre rarement, mais le souvenir populaire en garde une trace profonde et la charge érotique des crises névropathiques actuelles si elle n'est pas analysée par l'entourage est certainement ressentie par lui.

Si nous rejetons si brutalement ces "*faux-malades*" ou plutôt ces "*fausses-malades*" car il s'agit surtout de femmes, c'est peut-être parce qu'ils nous font perdre un temps précieux, parce que (malgré l'affirmation de Joseph BABINSKI que la contre-suggestion peut les guérir) nous les guérissons difficilement (ce que nous supportons mal) et enfin que dans leurs innombrables visites nous sentons cette quête affective qui nous enveloppe, nous attire à la fois et nous fait peur, suscitant des réactions de défense hostile qu'il nous faut maîtriser ou un désir de protéger dont les motifs ne sont pas purs!

Selon J. M. CHARCOT

La "*névrose post traumatique*": Jean Martin CHARCOT était parvenu à reproduire artificiellement les paralysies hystériques, prouvant ainsi le côté psychosomatique de la maladie. S'il croyait à la réalité d'un traumatisme physique dans la vie du patient, il avait découvert que le plus important était le vécu mental qui avait accompagné cet accident.

"Le fantasme inconscient s'exprime de façon corporelle dès que le sommeil narcotique s'estompe et bien avant la reprise de la conscience; Il ne s'agit donc pas de simulation, mais bien plutôt d'une expression psychosomatique".

Après le choc traumatique, le malade a une tendance inconsciente à retrouver l'univers affectif de l'enfant.

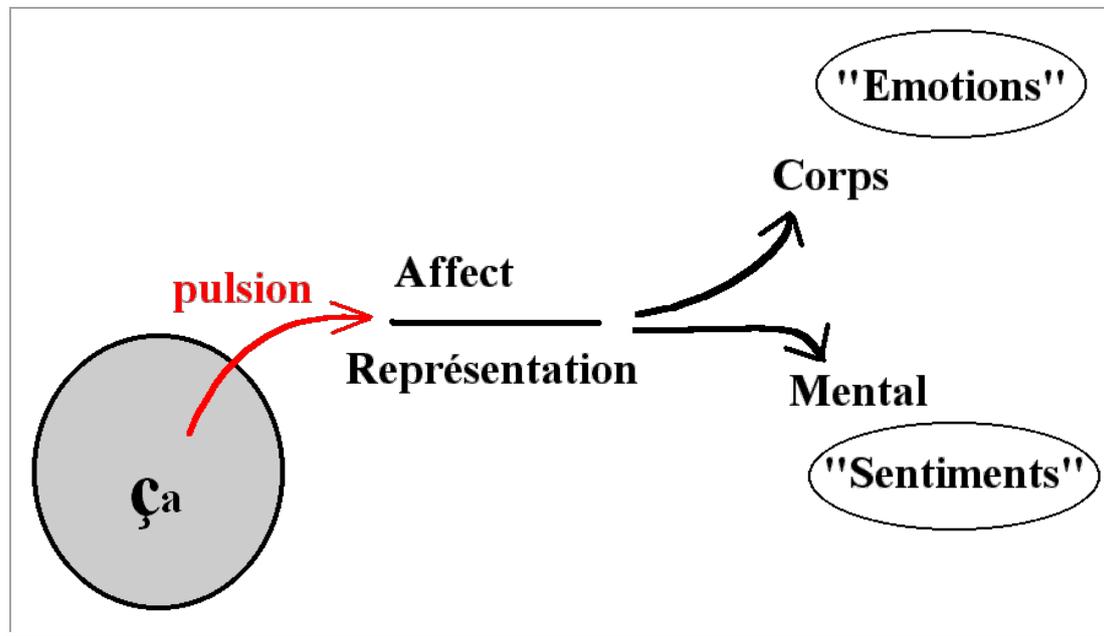
Cette maladie se retrouve beaucoup chez les émigrés qui, loin de leur famille depuis plusieurs années, ont exprimé à travers ces séquelles post traumatiques leurs besoins d'affection, de compensation. Ce dont souffre le malade, c'est de la frayeur née de l'accident et le souvenir de cette frayeur. C'est de réminiscence que souffre l'hystérique. L'énergie pulsionnelle emprunte la voie somatique, après que le refoulement ait interdit la voie de la conscience (accès au dossier "[pulsion et énergie pulsionnelle](#)").

L'hystérie exprime un conflit où le désir sexuel est évident. Il y a répression des instincts, assaut des pulsions... Les fantasmes sont liés aux désirs, aux réminiscences traumatiques. L'hystérie est l'expression corporelle chez des malades qui n'arrivent pas à traduire en mots. Lorsque les symptômes somatiques se révèlent inefficaces à apaiser le conflit, le malade peut faire alors l'objet d'un dédoublement de la personnalité.

Les désirs inconscients réprimés sont : la sexualité, l'agression (accès au dossier "[agressivité et agression](#)") et la recherche affective infantile (dans l'épilepsie il y a un phénomène de perte de conscience totale, ce qui ne se retrouve pas dans l'hystérie).

Selon S. FREUD

C'est un conflit dont l'origine est dans l'Oedipe (accès au dossier "[complexe d'Oedipe](#)").



Quand il y a rupture entre l'affect et la représentation, et que seule ne reste que la représentation (comme lors des [phobies](#)), on a affaire au refoulement.

Symptôme et syndrome

Un symptôme est un phénomène perceptible qui révèle un processus caché. Il peut être conçu comme la réaction de l'organisme à un agent pathogène. Un syndrome est un ensemble de symptômes caractérisant une maladie. Un diagnostic peut être établi avec un ensemble de symptômes.

Dans l'hystérie, il y a conversion de l'affect. Le corps se met à parler (accès au dossier "[communication](#)"). C'est de la rupture entre l'affect et la représentation que naît le refoulement.

La question fondamentale de l'hystérique est : "*qui suis-je ? Un homme ou une femme ?*"

Le symptôme naît quand il y a surgissement de l'angoisse (accès au dossier "[angoisse](#)").

L'hystérique ("*Être humain s'étant construit un mode prioritaire de relations à l'Autre de type hystérique*") évolue avec son temps.

Hystérie féminine

Le tableau clinique est très varié. La personnalité du sujet sera néanmoins marquée par :

- la prévalence d'un type d'identification.
- un mécanisme de défense : le refoulement (accès au dossier "[mécanismes de défense](#)").
- l'affleurement du conflit oedipien dans les registres libidinaux Phallique et Oral (accès aux dossiers "[stade phallique](#)" et "[stade oral](#)").

L'hystérique actualise et met en scène sa bisexualité. Le tableau clinique sera fonction de l'espace de savoir, et du milieu socioculturel. Ainsi les symptômes hystériques établis du temps de (et devant) J. M. CHARCOT ne sont pas identiques aux symptômes actuels.

Rappel

L'angoisse peut s'exprimer au niveau du psychisme, telle l'angoisse de castration.

L'angoisse peut aussi s'exprimer au niveau du corps. Cela se verra dans l'hypocondrie (accès au dossier "[hypocondrie](#)"), dans les troubles de conversion (apparaît chez l'hystérique), ou encore en psychosomatique (accès au dossier "[psychosomatique](#)").

La pathologie hystérique est très riche. Au niveau clinique, le motif de consultation de l'hystérique femme prend deux aspects:

1/ La défensive

C'est le premier mode adopté par l'hystérique, se faisant représenter par son symptôme. Elle laisse parler son corps. On évoque alors la "*belle indifférence*" de l'hystérique, symptôme qu'elle ne reconnaît pas, qui ne vient pas d'elle. La patiente laisse à son corps le soin de négocier une question inassumable. Le symptôme tient lieu de demande. C'est une question et un piège offerts au médecin, à travers par exemple des céphalées, des paralysies, des troubles fonctionnels... etc.

2/ L'offensive

C'est le second mode adopté, quand l'hystérique vient prendre à témoin un médecin de son malheur. Elle proclame de manière revendicatrice sa pathologie, à travers par exemple le droit des femmes au plaisir sexuel, ou l'incapacité des hommes... Elle peut aussi amener son mari chez le psychiatre pour une mise en accusation. On observe alors deux cas au niveau clinique chez ce mari "*victime*": ou bien il répond à la demande (il joue un rôle maternel, il est insomniaque... plus il en fait, plus il est frustrant), ou bien il refuse et affirme son indépendance (il est alors assimilé à un mauvais père).

L'hystérique femme est entière dans son offensive, de par ses convictions et son langage. Mais elle souffre d'une double insatisfaction:

- de par sa position phallique, elle se réfère à un Idéal du Moi masculin, et en constate la carence chez les hommes et chez son père.
- du côté du Moi idéal homosexué : la mère de l'hystérique est perçue régressivante (accès au dossier "[idéal-du-Moi et Moi-idéal](#)"). Cette mère Oedipienne dévalorise le modèle de féminité qu'elle aurait dû incarner pour la petite fille. Elle n'a jamais pu devenir une "*vraie femme*", sur le plan socioculturel et psychologique.

Personnalité de l'hystérique femme

L'hystérique femme est dominée par ses troubles des conduites sexuelles (accès au dossier "[conduites sexuelles](#)"), qui peuvent aller jusqu'à l'évitement complet.

Conduite sexuelle de l'hystérique

- Évitement complet : rare.
- Hyperactivité sexuelle : souvent très insatisfaisante. La patiente peut avoir plusieurs objets d'amour en même temps, sans satisfaction. Elle collectionne les hommes impuissants, ou les violents. On note rarement d'homosexualité. La femme hystérique entre en rivalité avec les autres femmes, et son comportement est alors ambigu. C'est à travers les autres femmes que l'homme prend de l'intérêt pour elle. Elle n'a pas d'image masculine si ce n'est qu'à travers les rapports que l'homme peut avoir avec une autre femme.

Activités de remplacement (3 notions)

1. La femme hystérique privilégie la vie fantasmatique et onirique, très élaborée et secrète. Les scénarios sont hétéro et homosexuels, souvent exacerbés.
2. Le comportement avec les enfants est une séduction érotisée qui contraste avec des soins minutieux. La séduction se parle et s'agit, comme par exemple lorsqu'elle dresse une liste de "*mecs*" pour sa fille. Elle reconnaît une sexualité aux enfants mais contrôle tout de leur vie, que ce soit à travers l'hygiène, la scolarité, la santé ou les fréquentations. Elle crée un prototype parfait de l'enfant. C'est une "*mise en scène*".
3. Les conduites alimentaires sont très développées, avec alternance de boulimie et d'anorexie (accès au dossier "[conduites alimentaires](#)"). C'est une alimentation anarchique. Cela peut aller jusqu'à l'hystérie orale (zone érogène privilégiée).

Comportements de représentation

On note une grande érotisation des relations, avec un comportement séducteur, aguicheur, et des avances qu'elle repousse avec dédain. Peut aller jusqu'au viol.

- Désir de plaire, avec identification aux personnes qu'elle croit intéresser. Ce désir est fonction de ce qui est considéré comme une norme. La femme

hystérique possède un schéma corporel étendu et pris à l'Autre (accès au dossier "[schéma corporel](#)").

- Théâtralisation et dramatisation. L'hystérique femme est en permanence sur scène. Elle est au mieux lorsqu'elle sent un public adapté et c'est à ce moment qu'apparaissent ses crises, ses malaises. Elle dramatise les évènements insignifiants.

- Projections fantasmatiques. Elle attribue à l'Autre ce qu'elle désire fantasmatiquement. Projection, théâtralisme et dramatisation aboutissent à la...

- ... Mythomanie. Ayant aperçu par exemple un acteur connu, elle racontera avoir passé son enfance avec lui (accès au dossier "[mythomanie](#)").

Hystérie féminine de conversion

Troubles paroxystiques

C'est l'exhibition devant un public choisi, avec des fantasmes ou des attitudes évoquant le coït. On distingue plusieurs formes:

- Grande crise de CHARCOT, avec striction thoracique, boule dans la gorge.

On note des phases pseudo-conviviales et la phase de récupération avec gesticulation intense et désordonnée.

- Crises convulsives, crises de nerfs, de tétanie...

- Crises inhibitoires, avec syncopes fréquentes et, plus rarement, des accès cataleptiques ou léthargiques.

Symptômes psychiques

Ils sont très fréquents dans les formes hystériques modernes. On note ainsi:

- **Les troubles de la mémoire : difficulté à évoquer le passé, avec des lacunes fréquentes. Des souvenirs surviennent à une autre place, ou sont mis en doute. Il y a une trace signifiante, un refoulement puis une récupération secondaire. Difficulté à prendre le statut d'adulte qui arrive, à prendre la place de la mère. La séparation d'avec le milieu familial est difficile. Difficultés à apprendre: on note à ce niveau des troubles dans l'évocation des faits récents, avec trous de mémoire, difficultés scolaires et universitaires... Hallucinoze: c'est quelque chose ou un visage qui apparaît à l'endormissement, et qui fait souffrir (par exemple de grosses têtes grimaçantes). Les sommeils ne sont pas reposants, avec cauchemars stéréotypés, personnage menaçant qui la poursuit, chute dans un trou... (accès au dossier "[sommeil](#)").**

- **La dépression : elle se présente sous la forme d'un dégoût de la vie et de l'activité. Asthénie. L'hystérique femme mentalise mal sa dépression. Elle vieillit mal. Il y a une impossibilité de plaire au niveau psychique, un sentiment d'abandon, de non-valeur, conduisant à la tentative de suicide.**

- La tentative de suicide (ou T.S.) : On notera un signe particulier, l'hystérique ayant un comportement d'appel inconscient qui amènera quelqu'un à lui éviter cette TS. Elle choisit plus fréquemment la TS médicamenteuse, avec grande valeur relationnelle, appel et chantage (accès au dossier "[TS ou tentative de suicide](#)").

Fonctions végétatives et de relation

On note une "*belle indifférence*" à l'égard des symptômes même quand ils sont exhibés.

- Inhibitions sensitivomotrices, devenues rares actuellement. La topographie suit le schéma du corps. Astasie, abasie (incapacité à marcher, à rester debout). Contractures, spasmes... avec torticolis, tremblements... qui disparaissent sous anxiolytique.
- Inhibitions sensorielles, avec cécité, surdité, troubles de l'équilibre, hypo et hyper acousie, anosurie, dysosurie...
- Manifestations viscérales, et fréquemment fonctionnelles, avec grossesses nerveuses, pertes de sang, déni d'une grossesse réelle (qui cesse quand la future mère réalise vers le 4ème mois que la grossesse se développe dans les organes génitaux et non dans le tractus digestif), brûlures d'estomac, vomissements... Certaines hystériques ne vivent bien que lorsqu'elles sont enceintes, s'accapant alors une identité féminine.
- Insomnies, céphalées... Ce sont ici les formes modernes de l'hystérie.

Hystérie masculine

Diagnostic plus rare mais la structure est fréquente.

Clinique

On note 4 motifs de consultation.

1/ Manifestations anxiphobiques.

2/ Troubles de la sexualité.

- Impuissance : phénomène le plus souvent observé chez l'hystérique homme, avec grande difficulté de passage à l'acte (accès au dossier "[passage à l'acte](#)"). La confrontation avec la femme, vécue en termes de castration, interdit le passage à l'acte. Il y a renoncement devant l'idéal de vérité qu'il se sent devoir éгалer. L'identité sexuelle n'est pas acquise. Le patient vit un problème de "*normalité*" par rapport au sexe.
- Masturbation : dissimulée et à thèmes lesbiens. Sensation de culpabilité très riche sur le plan fantasmatique. Trouble de la personnalité, masturbation devant la glace.
- Doute sur l'identité sexuée : "*ne serais-je pas homosexuel ?*"

3/ Syndrome d'échec...

... et ses compensations, une fois le patient confronté à l'indépendance.

- L'hystérique homme va prendre le médecin à témoin de son malheur. La réussite professionnelle est bien supportée mais quand elle est acquise, le patient risque de faire une décompensation anxieuse ou dépressive (accès au dossier "**dépression**"). Il pourra aussi y avoir une intolérance à la réussite. On observera parfois l'emploi de toxiques mineurs (amphétamines, barbituriques, alcool) pour l'aider à assumer le rôle d'homme, donner le change.

4/ Crises de nerf, malaises.

- L'homme montre à un entourage choisi qu'il n'est pas comme un homme.

Personnalité hystérique masculine

conduites sexuelles

On observe l'éviction parfois totale des rapports sexuels, avec prétextes moraux. La femme est interdite, car "*trop bien*" ou "*pas assez*". Il y a une rationalisation qui permet de ne pas se confronter au sexe opposé. Il y a aussi l'impuissance partielle ou totale, le donjuanisme réel (rare) et les récits donjuanesques (fréquents, que ce soit par rapport au passé ou dans l'avenir).

Attitudes de remplacement

- Masturbation
- Quête de virilité
- Quête homosexuelle non agie
- Quête d'amitié masculine dont le choix porte sur un homme qui a ce qu'il n'a pas, quelque chose de plus dont il croit manquer.

Comportement social

Séduction forcée. Quitte à en souffrir, l'hystérique homme fera le pitre pour être accepté.

Hystérie masculine de conversion

Troubles paroxystiques

Avec agitation, pleurs, hurlements, crises de nerf...

Manifestations psychiques

Avec observation de

- Dépressions, TS.
- Alternance exaltation/morosité.

- Toxicomanies mineures.

Manifestations génitales

- Névrose hystérique derrière un certain nombre de névroses traumatiques.
- Symptomatologie hystérique dans les suites d'une intervention chirurgicale vécue comme coït sadique.

Grands éléments de diagnostic (homme et femme)

L'hystérique passe son temps à donner le change, au somaticien comme au psychiatre. Il y aura ainsi des signes empruntés au somatique (paralysies, troubles viscéraux...) et d'autres empruntés à la lignée psychiatrique (dépersonnalisation, hallucinose...).

Diagnostic positif

Il va se faire sur le jeu de l'attraction et de la répulsion. Le patient hystérique ne se comportera pas en malade ("*Je n'ai pas demandé à vous voir*"), ou alors se comportera en malade pour mieux "*castrer*" le médecin (le patient invite le médecin à déployer sa puissance pour lui en montrer l'inefficacité). Il y a incompatibilité entre ses deux espoirs, être aimé et être entendu.

Diagnostic différentiel (avec les autres névroses ou les psychoses par exemple)

- avec les névroses phobiques, et les [névroses obsessionnelles](#), il s'agira d'apprécier les composantes de la personnalité;
- avec l'anorexie mentale;
- avec les [pervers](#). Chez l'hystérique il existe toujours une angoisse et une culpabilité faciles à constater;
- avec la [psychose](#). Des psychotiques peuvent avoir des manifestations pseudo hystériques (théâtralisme, conversion...) mais on note la différence dans leur angoisse psychotique, dans l'[activité délirante](#), ou encore dans la bizarrerie. A contrario, certains hystériques auront des élans pseudo psychotiques (dépersonnalisation, hallucinose, mythomanie...). Il faudra faire attention à la qualité de la relation, évocatrice de la névrose hystérique. On observera ainsi chez l'hystérique des différences de comportement suivant que le soignant est un homme ou une femme... Le diagnostic sera plus précis suivant l'évolution et les contacts ultérieurs. Le patient hystérique a une capacité à nous séduire pour mieux nous castrer. Le patient psychotique n'a pas de distinction aussi prononcée entre son corps et le monde (accès au dossier "[psychose état-limite névrose](#)").

Evolution

Tous les hystériques évoluent au contact du milieu médical. On observe alors:

- Disparition des symptômes (très révélateur de l'hystérie).
- Confinement de l'existence. Les patients hystériques finissent par ne plus sortir de chez eux.
- Sublimation dans les métiers d'infirmiers, dans le service social. C'est le "*dévouement*" de l'hystérique.
- Refoulement. Mécanisme de défense dans une hyper consommation médicale. C'est un langage par le corps et non du corps.

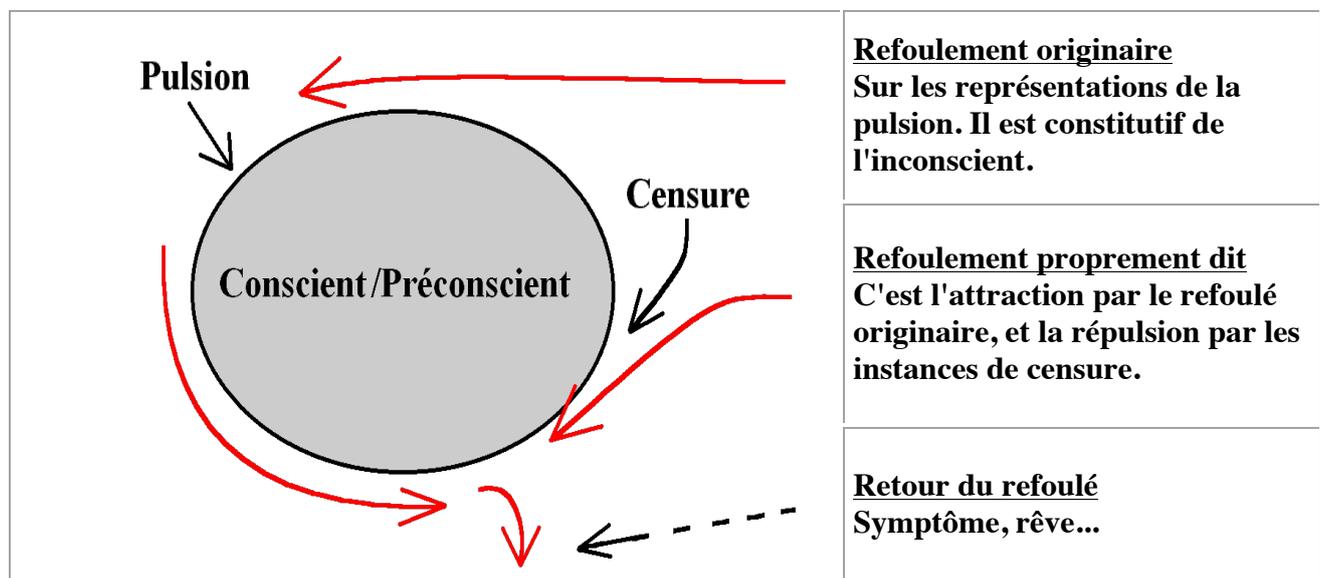
Psychodynamique

La névrose obsessionnelle utilise le déplacement et l'isolation, tandis que l'hystérie utilise le refoulement.

Le refoulement

Avant d'être un moyen de défense, c'est un mode de fonctionnement structural du psychisme. Le refoulement articule l'ordre primaire de l'inconscient au système secondaire Conscient/Préconscient.

La théorie freudienne distingue 3 dynamismes.



Syndrome de conversion

Dans l'hystérie on a une intensité particulière des retours du refoulé, et notamment dans les syndromes de conversion.

L'hystérie n'est pas langage du corps mais langage par le corps. Un message est "*gelé*" dans ce corps. A singer l'hyper féminité, l'hystérique femme montre qu'elle ne l'est pas tant. Elle ne montre pas son corps femme mais

les questions qui utilisent son corps comme langage. Ce corps ne peut pas être utilisé pour le désir et le plaisir. L'hystérique femme se défend d'avoir un corps désirable, pénétrable. Elle en fait un mode d'expression, et non pas le lieu de désir ou de jouissance de l'Autre.

La castration

C'est autour d'elle que s'articule la problématique hystérique. La castration est un des fantasmes originaires, une structure fantasmatique inconsciente.

- Au départ : garçon et fille sont l'Objet de l'amour narcissique de la mère, occupant la place du phallus.
- Abord de l'Oedipe : le garçon découvre son insuffisance à son ambition. La fille découvre son manque réel à la prétention phallique. Ce manque se retraduit en terme de stratégie du désir.
- Entre garçon et fille : le garçon doit assumer le deuil symbolique du père "*phallophore*", du Père "*désirant*" dont le désir est l'objet du désir de la mère. La fille doit accepter le fait que le manque en la mère est l'objet du désir du père, et que la mère, désirant le désir du père, trouve en lui ce qu'elle n'a pas totalement.
- Le garçon : il n'est pas sans savoir, et doit assumer le deuil symbolique du phallus pour accepter son pénis tel qu'il est.
- La fille : elle ne manque en fait de rien, et assumera la perte du phallus dans la mère en découvrant qu'elle a en elle ce quelque chose qui, n'étant rien, sera le lieu du désir de l'autre.

L'hystérique ne peut suivre cette dialectique, et reste prisonnier de la quête phallique et de la bisexualité originaires.

L'homosexualité

Il y a un grand investissement libidinal homosexuel chez l'hystérique, avec des fantasmes lesbiens accompagnant la masturbation de l'hystérique homme. C'est ici une mise en scène de l'homosexualité sans phallus.

Questionnement sur la nature du sexe de la femme. La femme, c'est l'Autre, celle à égaler à condition de savoir ce que l'homme peut bien y désirer.

L'hystérique, dans son narcissisme phallique reste tributaire des mécanismes d'identification imaginaire pour aborder la question de la différence des sexes: identification à l'homme, participant à son désir pour chercher la femme en son mystère.

L'hystérique est malade de sa bisexualité et reste perplexe entre ses identifications masculine et féminine.

Le narcissisme

Bien que les hystériques subissent des dépressions névrotiques et que le vécu dépressif soit toujours près à apparaître, la problématique est d'abord celle de la castration, et ensuite celle de la souffrance narcissique (le narcissisme est l'investissement libidinal de l'image du corps). L'hystérique

est très dépendant de ses Objets, et se déprime devant toute déception relationnelle (accès au dossier "[relation d'Objet](#)"). Ses Objets sont des compléments phalliques (petit ami ou petite amie "*dans le vent*"). Remarquons l'incapacité pour l'hystérique de mentaliser son agressivité sadique orale, en liaison avec les aspects prégénitaux de sa fixation libidinale.

Traitement

- La psychanalyse ne peut pas être proposée systématiquement. Cependant le patient hystérique est capable de transfert sur le thérapeute pour rejouer toute sa problématique infantile (accès au dossier "[psychanalyse](#)").
- Il faut entendre le symptôme comme une demande.
- Ne pas se laisser prendre au piège de la demande, symptôme du désir de l'hystérique d'avoir un désir insatisfait.
- L'hystérique doit pouvoir en retirer un bénéfice secondaire, sinon il partira.
- Les médicaments sont inopérants, sauf l'effet placebo pour les états de crise. Dans les phases aiguës, lors de décompensation anxieuse ou dépressive, les antidépresseurs vont corriger les troubles biologiques.
- Il faut remodeler le réinvestissement narcissique, faire des psychothérapies à rythme lent, sans interprétation et non directives, pour passer le cap. Ne pas tomber dans la problématique de son corps, lors par exemple d'examens cliniques.
- Risque de rejet de la part du personnel soignant car il revit des choses homosexuelles (accès au dossier "[entretien infirmier](#)").
- Attention : l'hystérique parvient parfois, à force d'obstination, à se faire opérer, ligaturer les trompes par exemple. C'est inconsciemment l'assurance de n'avoir jamais d'enfant du père. La patiente hystérique se punit de quelque chose qu'elle n'a pas fait. Seul le désir est coupable.