

L'HYSTÉRIE, SUBVERSION DE LA LOGIQUE MÉDICALE

Introduction

L'hystérie vient subvertir la logique médicale. Elle vient questionner la place de la psychiatrie au sein de la médecine, vient questionner les rapports entre psychiatrie et neurologie, les rapports entre psychiatrie et psychanalyse : quel est l'objet de la psychiatrie ? Quel est son organe ? Le cerveau ? Ou la psychiatrie est-elle une médecine sans organe ? Dont l'objet serait le relationnel ? La pensée ? Le discours ?

L'hystérie vient aussi questionner la responsabilité du patient dans ce qui lui arrive : le patient qui présente des symptômes hystériques est-il responsable et nous « manipule »-t-il ? Ou est-ce que ce qui lui arrive le dépasse, consciemment ou inconsciemment ?

L'hystérie pose même la question du singulier et du collectif puisque parfois les manifestations sont collectives.

Nous n'allons pas pouvoir en trente minutes aborder toutes ces questions. Nous allons nous limiter à la question des difficultés de l'inscription de l'hystérie dans la logique médicale et comment la psychanalyse est venue donner une réponse à cet écueil.

Symptômes et signes

Rappelons d'abord les fondements de la logique médicale. La sémiologie psychiatrique est au fondement de la discipline. Qu'est-ce qui fait symptôme en psychiatrie ? Quel phénomène signe une pathologie psychiatrique ?

Pour cela, nous allons nous appuyer sur deux auteurs qui ont travaillé la question. Lanteri-Laura et Steeves Demazeux. Georges Lanteri-Laura est un illustre psychiatre français décédé en 2004. Il fut une des figures marquantes de la revue *Évolution psychiatrique* et de l'épistémologie psychiatrique. Steeves Demazeux est agrégé de philosophie et docteur en philosophie des sciences. Il travaille sur l'histoire et l'épistémologie de la psychiatrie, et s'intéresse particulièrement aux problèmes que soulève la nosologie psychiatrique contemporaine.

Il a publié l'année passée un ouvrage sur la question de la sémiologie psychiatrique : *L'éclipse du symptôme*.

Reconnaissons d'emblée comme le fit Lanteri-Laura en son temps qu'il n'existe pas un seul modèle médical, une unique approche de la sémiologie médicale, mais bien plusieurs modèles, plusieurs approches : un « *polythéisme tolérant* ». Ce qui caractérise cependant toujours la médecine, c'est le fait que la conduite thérapeutique résulte des conclusions diagnostiques d'un examen

sémiologique. La médecine n'existe qu'avec l'enchaînement logique et temporel : clinique, diagnostic, traitement.

La sémiologie médicale, dans ce processus, est la partie de la médecine qui étudie les signes que peut relever le médecin à l'examen clinique (signes physiques, signes fonctionnels et généraux) ou à l'aide d'examen complémentaires (imagerie, biologie, etc.) et à partir desquels il dresse un tableau clinique afin de poser un diagnostic.

En sémiologie médicale, on distingue souvent le signe et le symptôme. Selon Lanteri-Laura, le symptôme appartient au sens, le signe au jugement. Le médecin utilise ces 5 sens pour repérer les symptômes et ensuite son jugement, son expérience clinique lui permet de traduire ces différents symptômes en signe d'une maladie. Précisons qu'en médecine, il s'agira de distinguer signes propres et signes communs, monosémiques ou polysémiques, parfois pathognomoniques ou cardinaux, mais aussi signes synchroniques et signes qui se déploient dans le temps.

La distinction entre symptôme et signe est un peu différente chez Steeves Demazeux. Pour Demazeux, le symptôme est subjectif, le signe est objectif : le symptôme est rapporté par le patient, le signe est observé et mesuré par le clinicien ou mis en évidence par des moyens techniques. L'ensemble des signes et symptômes constitue le tableau clinique ou syndrome qui permet le diagnostic et la reconnaissance d'une maladie. La sémiologie médicale est construite sur un espace de projection en profondeur qui oppose le plan superficiel des signes à l'intériorité secrète de la maladie. Progressivement, le signe va prendre la forme d'un indice qui « *met en relation le plan superficiel des manifestations de la maladie avec celui plus profond de l'étiologie* », [1, p. 53] d'où la prééminence épistémique des signes sur les symptômes. Les symptômes sont instables, les signes sont profonds et constants. Et la connaissance des signes est liée à celle des causes. Le signe idéal est le signe de Babinski car dénué d'intentionnalité. Le signe de Babinski (ou réflexe cutané plantaire) est utilisé pour détecter une éventuelle lésion du système nerveux central. Il consiste à stimuler la plante du pied à l'aide d'un objet tel qu'une pointe de stylo en allant du talon vers les orteils. Si le patient ne présente aucune lésion neurologique, la réaction réflexe sera un fléchissement des orteils, le pouce se dirigeant vers la plante du pied et la voûte plantaire se creusant (signe de Babinski négatif). Si le signe de Babinski est positif, le patient peut soit tendre les orteils soit, plus classiquement, étendre lentement (de façon dite majestueuse) le gros orteil.

C'est le signe clinique parfait non contrôlé par le patient, non influencé par sa subjectivité, c'est un indice clair et non contestable d'une cause mécanique sous-jacente et, qui plus est, localisable. Remarquons aussi que traditionnellement, le clinicien devait apprendre à faire abstraction de la subjectivité du patient, à partir des années 1950, c'est également la subjectivité du clinicien qui pose problème. On ne fait plus confiance à l'expérience de celui-ci, le diagnostic doit être désormais posé à partir de tests et de questionnements standardisés. Une médecine et psychiatrie scientifiques se doivent d'être objectives et d'éviter les différents écueils liés à la

subjectivité du patient ou du clinicien. Le régime de suspicion à l'égard du « subjectif » s'étend, se généralise et prend à partie non plus seulement les biais introspectifs du patient mais également les écueils inhérents à la subjectivité du clinicien.

Nous n'allons pas ici retracer toute l'histoire de l'hystérie ou l'histoire de sa relation compliquée avec la médecine mais rapidement rappeler par illustrer cette question de la sémiologie par les deux personnages célèbres toujours associés à l'hystérie : Hippocrate et Charcot. C'est très connu mais cela permet aussi de mieux comprendre en quoi la psychanalyse, par les biais de l'hystérie, est venue ébranlée cette logique.

Hippocrate

On dit que Hippocrate est le père de la médecine parce qu'il affirme que toutes les maladies ont des causes naturelles et non pas magiques. Il rompt avec les superstitions religieuses et fonde sa méthode sur l'observation et le raisonnement. Il développe sa " théorie des humeurs " : le corps humain contient le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. A chacune de ces 4 humeurs correspond un des 4 tempéraments : sanguin, lymphatique, bilieux et mélancolique. La santé est l'état d'équilibre, d'harmonie entre les 4 humeurs. La maladie apparaît lorsque cet équilibre quantitatif disparaît. Mais pour l'hystérie, Hippocrate propage la théorie de " l'utérus migrateur ". Ce sont surtout chez les femmes qui n'ont pas ou peu de rapports sexuels que la matrice desséchée est légère. Elle monte se jeter sur le foie, organe plein de fluide, pour y trouver l'humidité nécessaire. Elle y adhère et, obstruant le passage du souffle, cause une suffocation subite : la suffocation hystérique. En revanche, lorsque la matrice se porte sur la tête, elle provoque des convulsions semblables à l'hystérie. Cette théorie de l'utérus comme cause des symptômes hystériques va exister jusqu'au XVIII/ XIX siècle. On reste dans la logique d'un organe dont la pathologie se manifeste par des symptômes observables.

Charcot

Même si d'autres auteurs avaient déjà remis en question l'origine gynécologique de l'hystérie, l'histoire retient Charcot comme le médecin qui va déplacer la cause de l'hystérie vers le cerveau. Le débat précédant Charcot est de savoir si l'organe malade est l'utérus ou les nerfs. Les névroses sont ce groupe d'espèces morbides non-inflammatoires qui atteignent le système nerveux et qui s'opposent aux névrites qui sont inflammatoires

En 1860, Charcot est chef de service à la Salpêtrière, il va créer la neurologie moderne et il défend que l'hystérie n'ait rien à voir avec l'utérus et peut se retrouver chez les hommes. Il essaie de décrire les troubles physiologiques ou « fonctionnels » de l'hystérie : le trouble hystérique résulte d'une lésion dynamique réalisant sur le cortex cérébral l'isolement d'une idée. Une « lésion dynamique » est une lésion dépourvue d'altération matérielle. Le symptôme hystérique résulte

d'une autosuggestion et il existe deux mécanismes qui peuvent, expérimentalement, provoquer une crise d'hystérie : l'hypnose et le traumatisme. L'hystéro-traumatisme provient de l'effet d'une idée qui apparaît lors d'un traumatisme et qui provoque le symptôme hystérique. Charcot décrit aussi "la grande hystérie" avec ses 4 phases : épileptoïde, les grands mouvements, les attitudes passionnelles, les attitudes délirantes terminales.

Une leçon clinique à la Salpêtrière est un tableau peint en 1887 par l'artiste français Pierre Aristide André Brouillet. Ce tableau montre Charcot en train de reproduire artificiellement chez sa patiente, Blanche Wittman, les symptômes associés au quatrième stade de la crise d'hystérie, sous hypnose.

Ce qui est intéressant dans le tableau est l'illustration au mur de la crise que doit reproduire la patiente. Ce qui montre bien toute la dimension de suggestion dans ces descriptions et manifestations. Même si l'organe de l'hystérie n'est plus le même, la sémiologie médicale liée à l'observation et la localisation matérielle de la pathologie restent présentes.

La prépondérance des signes physiques pour caractériser la folie ou les pathologies est un trait constant de l'aliénisme du XIXème siècle. En effet, la psychiatrie du XIXème siècle est une « psychiatrie sans psychologie ». Les symptômes mentaux n'occuperont le devant de la scène qu'à partir de la fin du siècle. Ce n'est donc qu'après le XIXème siècle que la psychiatrie va s'intéresser à la psychologie et aux facultés mentales

Freud

En 1895 est publié *Etudes sur l'hystérie*. Ce livre est généralement considéré comme « le point de départ de la psychanalyse ». Il constitue effectivement une révolution ; la causalité de l'hystérie est psychique et elle est en partie inconsciente. Freud découvre la sexualité infantile et la notion de réaction. Mais surtout il se met à écouter les patients ! Et ce discours est fait de désirs, d'émotions...toutes de choses qui n'entrent pas dans la logique médicale. Et la compréhension de l'hystérie doit passer par la dimension relationnelle. L'hystérie est un mode relation. Les symptômes ne doivent pas être renvoyés aux dysfonctionnements d'un organe mais ils expriment un message. Le symptôme n'est plus le signe d'une lésion anatomique ou d'une perturbation biologique, il est l'expression de ce qui se joue sur une autre scène et qui concerne l'environnement, le rapport aux autres.

A la même époque, Kraepelin, psychiatre allemand le plus important et influent de son époque avec Bleuler, multiplie les versions de son traité de psychiatrie mais y défend que ce soit un avantage de ne pas connaître la langue de son patient pour que l'observation du psychiatre, déterminante pour poser le diagnostic, ne soit par contaminée par une écoute de son discours.

Bref, à partir de Freud, les psychiatres se doivent d'écouter leurs patients et doivent s'intéresser aux facultés mentales. Après, on sait comment les neurosciences et la psychologie vont ramener ces facultés vers le cerveau et ainsi rester dans la sémiologie médicale. Ces facultés mentales sont ainsi localisées dans le cerveau et on peut, par exemple, tenter de clarifier la teneur de la relation entre le débit sanguin restitué mis en image via l'IRM fonctionnelle et l'activité neuronale à

laquelle l'activité correspondrait. Par l'entremise de l'imagerie cérébrale, la psychiatrie et la psychologie pourraient ainsi se limiter à une science de l'observation et rejoindre de ce fait la sémiologie médicale.

Freud non seulement renverse le sens de circulation de la parole entre le médecin et le patient mais, avec les concepts de pulsion et de transfert, vient détruire la logique médicale sémiologie, diagnostic, causalité, traitement puisque la pulsion se trouve à l'origine du processus de la maladie mais aussi dans le traitement même par le biais du transfert qui est non seulement moteur thérapeutique mais résistance au traitement...

A cette époque, on se rend compte que les symptômes hystériques ne s'inscrivent pas dans la sémiologie médicale. Les paralysies hystériques ne tiennent pas compte de la structure anatomique du système nerveux. En plus, les symptômes sont mobiles de sorte que toute supposition d'une lésion matérielle est à rejeter. Deux possibilités à partir de cette constatation : le rejet de l'hystérie en dehors de la médecine. Ernest-Charles Lasègue déclare que cette notion constitue la « corbeille à papiers de la médecine ». Ou, à partir de l'hystérie, repenser toute cette logique médicale. C'est ce que fera Freud.

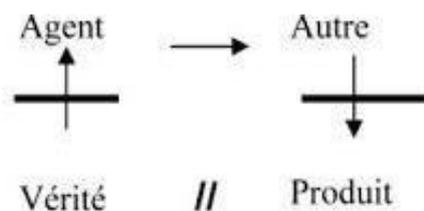
Lacan

Lacan fait de l'hystérie un de ces quatre discours au même titre que le maître, l'universitaire ou le psychanalyste. Ces discours sont une tentative de formaliser des liens sociaux. Du coup, l'hystérie quitte la pathologie, quitte le corps, quitte la médecine, quitte la psychiatrie pour devenir un type de discours et de lien social.

C'est vers 1970 que Lacan remplace la parole par le discours et sa ronde. Ces discours sont représentés sous forme de mathèmes. Le mathème est un terme inventé par Jacques Lacan pour désigner la formalisation algébrique des concepts de psychanalyse qu'il avait opérée en vue de leur transmission.

Lacan distingue quatre discours dont la structure est commune et qui comportent quatre places : l'agent ou semblant, l'Autre, la production ou plus-de-jouir et la vérité.

Le schéma général du mathème du discours est ainsi souvent représenté de la manière suivante :



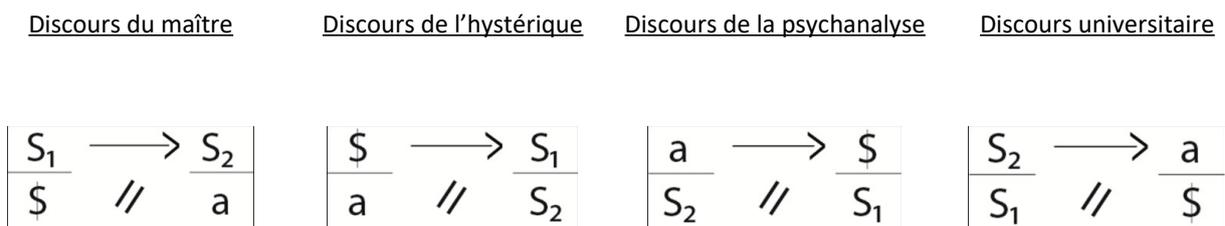
Ces quatre places sont immuables dans chacun des discours. Un Agent agit donc sur l'Autre et il résulte de cette action un Produit. La Vérité du discours est le lieu à partir duquel l'Agent tient son

discours. L'Agent est précipité dans l'acte du discours comme semblant de sujet qui prend la parole. L'Agent tient un discours qui le fait être mais la Vérité de son acte est cachée.

Chaque discours a un résultat, un Produit qui n'atteint pas la Vérité du discours car la Vérité reste inaccessible à celui qui tient le discours et ne rejoint pas le Produit de ce discours.

Ce qui caractérise aussi les discours tels que définis par Lacan c'est qu'ils font apparaître l'impossibilité de ce lien social qu'ils sont censés formaliser. Les discours sont des ratés, ne parviennent pas à pleinement réaliser leurs intentions. Le discours du maître-médecin échoue à satisfaire l'hystérique, échoue à lui donner le bon diagnostic, le bon remède. L'hystérique ne dit pas ce qu'elle dit ; elle ment, théâtralise, masque sa véritable intention de discours et fait ainsi apparaître une autre dimension dans la parole, ce qui va donner naissance au discours de l'analyste. Le lien social est toujours insatisfaisant mais c'est ce qui nous permet de continuer à chercher, à penser, à désirer. Le ratage de chaque discours permet de passer à un autre et permet la ronde des discours.

Les quatre places du discours sont occupées par quatre lettres : S1, S2, \$ et a qui tournent en fonction des différents discours.



On ne peut pas isoler un discours des 3 autres mais puisque le sujet de cette communication est l'hystérie, nous allons nous limiter à celui-là.

Dans le discours hystérique, c'est le sujet barré qui est en position d'agent du discours. Il s'adresse au signifiant maître S1 et le produit du discours est le signifiant savoir S2. La position de vérité à partir de laquelle l'hystérie tient son discours est celui de son objet a, objet cause de désir.

Le discours hystérique demande donc aux maîtres (prêtres, médecins, psychologues, la science...) de produire un savoir (diagnostics, théories diverses, explications de causalité,...) mais tous ces savoirs ne parviennent pas à joindre ce qui est véritablement en jeu, à savoir son désir.

Le **discours hystérique** est donc le discours de la plainte, de la demande, du symptôme, de la non-satisfaction. Le discours hystérique parle du lieu où le sujet s'efface ; il est barré pour mieux questionner le savoir de l'autre, le pousser à produire plus de savoir tout en démontrant qu'il est insatisfaisant. Car entre le savoir produit et l'objet de son désir en position de vérité, il n'y a pas de

rapport. L'objet de son désir reste caché et toutes les productions de savoir suscitées par son discours n'atteindront pas cet objet. Le mathème permet de concevoir l'hystérie non plus comme une pathologie mais comme un lien social, celui de l'insatisfaction de la demande. C'est un discours parmi les autres mais il est important dans son utilité sociale : c'est celui de l'indignation, de la non-soumission, c'est le discours qui pousse au changement, qui pousse à agrandir les connaissances, (comme l'organisation d'une journée de travail...) Il ne devient pathologique que s'il ne permet plus le passage à un autre discours, que si la ronde des discours s'immobilise et que le discours hystérique envahit toute la parole d'une personne.

Par le biais de ce discours, Lacan démedicalise l'hystérie et sans doute éloigne la psychanalyse de la médecine et de la psychiatrie. Est-ce vraiment une hystérie sans corps ? « Non » répondraient sans doute les psychanalystes lacaniens puisque chez Lacan il n'y a plus cette opposition corps-psyché et que le corps humain se tisse de langage, le langage est corps lui-même et chaque discours à l'autre engage pleinement le corps.

Schotte

Je termine par l'autre Jacques. Professeur de psychologie clinique à l'Université catholique de Louvain à partir de 1964, Jacques Schotte est un psychiatre et un psychanalyste atypique. Il est cofondateur, en 1969, avec Antoine Vergote et Alphonse De Waelhens de l'École belge de psychanalyse.

Rapidement, 2-3 remarques :

- L'œuvre principale de Schotte aura été de repenser toute la conception de la nosographie en psychiatrie. A partir des vecteurs pulsionnels de Léopold Szondi, il va d'abord repenser les pathologies de manière anthropologique en les associant à d'autres manifestations humaines, restant ainsi fidèle à Freud qui a rapproché la paranoïa de la justice, la névrose obsessionnelle de la religion et l'hystérie du théâtre. Ensuite il va fluidifier ce tableau szondien trop rigide et va introduire des circuits dans ces vecteurs.
- Schotte s'est toujours farouchement opposé à l'idée de structure psychique au sens de Lacan et à l'opposition névrose vs psychose, ce qui semble l'avoir éloigné de Lacan à un certain moment.
- Quant à l'hystérie, Schotte y a consacré deux années de cours à la Faculté de psychologie à Louvain La Neuve en 1986 et 1987. Il y a rappelé la différence entre nosologie (conception de l'idée même de maladie), nosographie (description systématique des maladies) nosotaxie (idées a priori sur l'essence d'être malade et sur l'ordonnancement entre elles des différentes formes de maladies) et surtout l'importance de l'œuvre de Freud sur toutes ces conceptions de la maladie.

Pour Schotte, Freud a révolutionné la nosologie, nosographie et nosotaxie de la médecine : la santé ne s'oppose plus aux maladies, la libido est leur problématique commune, les pathologies

ont des liens avec les autres activités ou phénomènes humains et l'idée de diagnostic différentiel n'est plus opérationnelle : les pathologies ne s'excluent plus les unes les autres.

Conclusion

L'hystérie nous confronte aux limites de tout savoir. Elle est créative, imprévue, dépasse toujours les limites des savoirs institués, montre que les définitions ne sont jamais justes et définitives.

L'hystérie est l'écueil principal à l'inscription des phénomènes psychiatriques dans la sémiologie médicale. Elle est justement cette impossibilité de réduire les aspects expressifs du corps au corps neutre de l'anatomie et de la physiologie. L'hystérie sape toute prétention d'objectivité et de scientificité des observations psychiatriques : elle met la relation et le transfert au centre de la clinique.

Dr. Jean-Louis Feys