

## L'Hystérie

**Signes distinctifs et approche des malades dans la pratique professionnelle du travailleur social.**

par M. TIMSIT (1).

Parler de l'hystérie est d'autant plus malaisé qu'il s'agit d'un domaine très vaste et qu'après des sommes considérables de travaux qui ont illustré les noms les plus célèbres (CHARCOT, BERNHEIM, BABINSKI, JANET, FREUD) on en revient toujours — et c'est pratiquement devenu un rituel lorsqu'on prétend aborder ce problème — au fameux mot de LASEGUE : « La définition de l'hystérie n'a jamais pu être donnée et ne le sera jamais ».

Il est néanmoins permis de tempérer la sévérité de ce jugement et avec Henri EY, l'on peut se risquer à définir l'hystérie comme : « une névrose caractérisée par une anomalie des processus d'identification de la personnalité dont les symptômes sont l'effet d'une expressivité anormale des phénomènes inconscients — particulièrement sur le plan de la conversion... A l'égard des autres maladies mentales, et plus particulièrement des névroses, ce qui semble bien caractériser l'hystérie, c'est sa tendance à *déguiser*, à masquer, à déplacer dans des expressions somatiques des conflits inconscients, à « réaliser » symboliquement en les camouflant dans une métaphore les désirs ou l'angoisse refoulée ».

En réalité, ce que l'on nous demande ici d'une façon plus précise c'est d'en évoquer les signes distinctifs et d'insister sur l'approche des malades dans la pratique professionnelle. Ces deux termes vont tout naturellement nous amener à distribuer les chapitres de notre exposé, mais le passage de l'un à l'autre ne peut se concevoir que si l'on fait intervenir une dimension qui n'a pas été signifiée et qui est précisément celle de la structure de la personnalité, envisagée pour l'essentiel dans son aspect relationnel.

---

(1) Assistant à l'Université de Liège — Département de Psychologie Médicale et de Médecine Psychosomatique. — Professeur M. DONGIER.

### A. *Rappel clinique.*

Il est probablement impossible de présenter une énumération complète des symptômes hystériques tant cette affection est polymorphe. Ce n'est pas sans raison qu'on a dit d'elle qu'elle était « la grande simulatrice ». Il est intéressant d'ailleurs, de remarquer au passage que l'on a en réalité assisté à une sorte de « déplacement » de la symptomatologie avec les progrès de la civilisation industrielle. L'hystérie de conversion a progressivement cédé la place aux manifestations caractérielles, aux maladies psychosomatiques ou encore à la névrose obsessionnelle. Elle est en tous cas, dans sa forme classique, plus communément observée dans les pays et les régions où cette civilisation n'a qu'insuffisamment pénétré, régions rurales ou pays en voie de développement. Ce n'est malheureusement pas le lieu ici de développer cet aspect fort intéressant de la question, qu'il nous suffise de dire qu'avec le développement et la complexification de la société, sous le poids de la « logique » dont l'influence contreignante ne manque assurément pas de se faire sentir dès les premiers âges, l'expression spontanée des affects devient insupportable et fait place à leur répression.

Il est classique de distinguer trois catégories de symptômes :

- des symptômes que l'on peut regrouper en un syndrome pseudo-neurologique.
- un syndrome neurovégétatif.
- des manifestations psychiques.

Nous les passerons très rapidement en revue :

#### 1) *Syndromes pseudo-neurologiques.*

Ils sont si variés qu'un inventaire complet conduirait pratiquement à envisager tous les horizons de la neurologie.

a) *Les crises paroxystiques* sont bien connues et si elles ne revêtent plus guère sous nos climats l'aspect de la grande attaque de type Charcot dont l'on s'était attaché à décrire avec un luxe de détails les périodes successives, elle pose encore de nombreux problèmes diagnostiques, soit qu'elles se produisent sous la forme de crises convulsives épileptiformes, soit qu'elles ressemblent à des crises hyperémotives ou des accès d'agitation psychomotrice, soit enfin qu'elles simulent des crises syncopales. Dans tous les cas, il est essentiel de noter qu'en général la chute est protégée, qu'il n'y a pas de morsure, ni d'émission d'urine, et que ces manifestations paroxystiques ne comportent pas la succession classique de chute, phase tonique, phase clonique, et que la perte de connaissance y est incomplète.

A côté de ces manifestations psychomotrices, ces crises paroxystiques peuvent encore prendre l'allure d'accès cataleptiques ou d'accès léthargiques avec en particulier une occlusion forcée des paupières.

b) Enumérer la liste des manifestations pseudo-neurologiques les plus durables ne présenterait dans le cadre de cet exposé qu'un intérêt très relatif. Qu'il suffise de savoir que tout peut se rencontrer depuis les

paralysies des membres — simulant grossièrement soit une monoplégie, soit une paraplégie, soit encore une hémip légie, et dans ce cas il est remarquable que ce soit le plus souvent le côté gauche (côté cœur ?) qui soit le plus souvent atteint — jusqu'aux algies les plus diverses, aux troubles sensoriels, aux spasmes, aux tremblements aux anesthésies, etc.

## 2) *Symtômes neurovégétatifs.*

Là encore, pour être complet, il faudrait passer en revue toutes les branches de la médecine. L'hystérie peut aussi bien s'exprimer sous la forme d'un hoquet persistant que de crises de dyspnée, ou d'angor, mais une dysphagie une anorexie, une aménorrhée, des rachialgies ou des cystalgies etc... peuvent également résumer toute la symptomatologie. Nous nous contenterons à titre d'exemple de citer une observation très suggestive :

*« M... Suzanne, 20 ans 1/2, nous est adressée pour des vomissements que l'on n'a jamais pu mettre en rapport avec une atteinte organique et qu'aucune thérapeutique n'est jamais parvenue à faire rétrocéder. Ils sont apparus à l'âge de 14 ans, et ont persisté avec des exacerbations qui ont pratiquement scandé les principaux épisodes de sa vie génitale : après les premières règles, l'on en a en effet noté la recrudescence; à l'époque des fiançailles à 17 ans; au mariage, à 19 ans, et enfin à la naissance du premier enfant à 20 ans. Ils ne devaient disparaître qu'après que la psychothérapie d'inspiration analytique l'eût amenée à prendre conscience des « mauvaises pensées » qui l'avaient habitée lorsque son beau-père, dont elle portait le nom, parce qu'il l'avait reconnue quand il avait épousé sa mère, l'embrassait. Elle avait fini progressivement par admettre qu'en fait, elle l'avait elle-même désiré. Ces vomissements étaient manifestement liés à sa culpabilité œdipienne ».*

## 3) *Les symtômes psychiques.*

Il arrive qu'ils occupent le devant de la scène et que le psychiatre ait avant de les rapporter à leur véritable origine, à les distinguer de symtômes annonciateurs d'une psychose schizophrénique, d'une épilepsie, ou encore d'une affection organique... Ce n'est pas toujours chose facile. Il en est ainsi des états crépusculaires, des fugues, des amnésies, d'états confusionnels, d'épisodes pseudo-mélancoliques, ou hypomaniaques, etc... Ce sont là problèmes de spécialiste. Le travailleur social, pour sa part sera plus volontiers appelé auprès d'hystériques en phase dépressive qui auront tenté de se suicider. Nous n'insisterons pas sur les particularités que l'on convient d'attribuer à ces états dépressifs et à ces tentatives de suicide qui les accompagnent : ils portent la marque de l'hystérie et l'on ne sera pas étonné d'y retrouver d'une part l'intolérance aux frustrations et d'autre part le caractère manifestement outrancier, théâtral, spectaculaire de la réaction. L'état dépressif est en effet déclenché après ce que le patient vit comme « une perte d'objet » (menace d'abandon de la part d'un ami, réprimande d'un patron, etc...) et la tentative se déroule selon un schème assez stéréotypé dont le fondement reste « la référence à l'autre », et par voie de conséquence la mise en scène spec-

taculaire manifestement montée en direction de l'entourage et généralement conçue de telle sorte qu'elle ne puisse causer aucun dommage irréparable, ce qui explique le choix des moyens utilisés (intoxication médicamenteuse, ouverture des robinets de gaz, quelques fois tentatives de noyade, à proximité cependant des bouées de sauvetage...) à l'exclusion des procédés qui entraînent une mort violente (pendaison, arme à feu, phlébotomie) qui sont l'apanage des mélancoliques. De fait, il faut s'en féliciter, ces tentatives réussissent rarement. Néanmoins, il convient de toujours les prendre au sérieux non seulement parce qu'il arrive parfois, faute de précautions suffisantes, qu'elles risquent bel et bien d'entraîner la mort, mais aussi parce qu'elles ont le sens d'un appel auquel le travailleur social comme le psychiatre se doivent de répondre.

#### Sur quels critères se fonde le diagnostic ?

En premier lieu sur l'absence de signes d'organicité : l'on ne peut parler d'hystérie qu'à la condition que devant les symptômes présentés, tous les examens se soient révélés négatifs et l'on ne saurait assez souligner l'importance de cette exploration préalable. C'est précisément le grand mérite de BABINSKI d'avoir montré que cette mise en évidence de l'absence d'organicité ne peut être le résultat que d'une technique d'examen rigoureuse. Une telle pratique ne contribue d'ailleurs pas seulement à rassurer le médecin mais elle a encore une portée thérapeutique noncontestable et nous aurons l'occasion d'y revenir.

À côté de ces signes « négatifs » l'on a cherché à savoir quels étaient les facteurs psychiques « positifs » : il a semblé à BABINSKI que le facteur essentiel était représenté par la *suggestion*, ce qui l'a conduit à qualifier cette affection « pithiatisme » (« je persuade » en grec). En fait BABINSKI avait constaté que les symptômes étaient susceptibles de varier d'un moment à l'autre et qu'ils avaient la propriété particulière d'être suscités ou abolis par la suggestion, qu'elle émane de l'entourage ou du médecin. Les travaux ultérieurs devaient montrer que la réalité n'était pas aussi simple.

#### B. Structure de personnalité.

L'accord est loin d'être fait entre les auteurs pour savoir si il existe ou non un type de personnalité hystérique spécifique. Néanmoins, d'un point de vue clinique, il est manifeste que les patients qui présentent des accidents hystériques ont en commun des traits de personnalité qui permettent de les différencier d'autres caractères névrotiques francs (psychasthénique ou personnalité paranoïaque par exemple).

De fait, le nœud de la névrose — névrose d'expression liée à un échec qui a pour corollaire la non acceptation du Désir, son refoulement, et la projection du trouble qui en résulte sur l'Autre — réside selon BRISSET dans « la recherche de ce trouble de l'Autre qui rassure l'hystérique sur son existence ». L'hystérique vit ainsi « dans le miroir que l'Autre constitue sans cesse, et il cherche à contempler chez lui le trouble qu'il ne peut accepter comme sien ». D'où cette quête constante de séduction,

cette vigilance perceptive aiguës, et ces traits marquants que les grands cliniciens du début du siècle n'avaient pu s'empêcher de relever : la suggestibilité (CHARCOT), le théâtralisme (BROUSSAIS), les tendances mythomaniaques (DUPRE), (LOGRE). Ces traits de caractère ne manquent jamais, pour peu que l'on envisage la structure de personnalité de l'hystérique en se situant dans une perspective relationnelle :

1) *la suggestibilité*, qui n'exprime rien d'autre que l'étroite *dépendance* dans laquelle l'hystérique est fixé à l'égard d'autrui.

Elle est attestée par le souci qu'a l'hystérique de toujours plaire à son interlocuteur, de calquer son attitude sur la sienne, s'efforçant, en quelque sorte, d'être « ce que l'autre veut qu'il soit ». Cette psychoplasticité est souvent évidente et elle rend parfaitement compte de l'évolution capricieuse — et au premier abord déconcertante — des relations qu'il peut nouer avec son entourage, et en premier lieu avec le médecin ou le travailleur social : exclusivement soucieux des impératifs du moment présent, et d'autant plus soucieux de mouler son attitude sur celle d'autrui qu'il trouve en face de lui une personnalité fortement accusée, il est tour à tour docile, désireux de plaire, plein de bonne volonté, mais aussi inconstant, infidèle, versatile. Ses déceptions sont à la mesure de sa soif d'affection, il est insatiable. Aussi est-il incapable d'établir des relations affectives stables et durables et, désespérant de pouvoir jamais satisfaire son désir, ne peut-il établir que des liens superficiels et fragiles.

Toute la vie affective de l'hystérique est ainsi marquée par l'échec de ces tentatives : en dépit des apparences, elle est en quelque sorte réduite à sa plus simple expression, et son avidité extrême, jamais satisfaite, n'a d'autre résultat que de le confirmer dans un égocentrisme qu'on ne manque jamais de relever parmi les traits de caractère.

L'hystérique n'est pas à proprement parler dépourvu d'affectivité, bien qu'il en donne souvent l'impression (« la belle indifférence »), mais ses sentiments sont d'une certaine manière inhibés — inhibition qui s'objective par exemple sur le plan de l'activité psycho-sexuelle, chez la femme, par une frigidité qu'il est bien rare de ne pas découvrir même lorsque le comportement apparent prend le masque d'un hypergénéralisme. L'on a tendance à camper la femme hystérique sous les traits d'une « grande séductrice aguicheuse » sinon nymphomane, alors que cette attitude ne vise qu'à donner le change et à cacher sa peur profonde de la sexualité et son attrait pour les seuls préliminaires de l'amour ou les simples jeux de séduction.

2) La prépondérance de la vie imaginaire et l'altération du sens de la réalité qui va de pair, constituent à côté de la dépendance vis-à-vis d'autrui, un deuxième trait caractéristique de la personnalité hystérique. Si il est constamment happé par ses rêveries continues et par une activité projective qui lui fait constamment appréhender la réalité ambiante à la mesure de son désir, il n'est cependant pas délirant. Le recours systématique à la négation et au refoulement qui le fait remanier à loisir des pans entiers de sa vie passée, rend souvent l'anamnèse bien

malaisée. Les « blancs » dont il émaille son récit, l'intrusion de scénarios imaginaires lorsqu'il fait état de ses projets, comme l'impossibilité où il est d'exprimer la nature exacte de ses sentiments et la faible capacité de pénétration intersubjective concourent d'autant plus à donner à sa présentation un caractère inauthentique que sa démarche est avant tout fondée sur sa quête de séduction. (théâtralisme) En fait, l'hystérique, à la recherche chez l'autre du « trouble qui le rassure sur son existence » se donne en spectacle. Comme le soulignait HESNARD l'hystérie est « une névrose d'expression ».

Ainsi peut-on comprendre l'attitude caractéristique qu'il adopte à l'égard de ses symptômes : il y « croit » (à la différence du simulateur conscient), et il les « constate » sans jamais les remettre en question (à la différence de l'hypochondriaque inquiet et douteur).

Ce tableau ne visait qu'à dégager, d'une façon peut-être arbitraire, les traits essentiels de la structure de personnalité de l'hystérique : plutôt que d'en décrire les différents types, que l'on pourrait évidemment multiplier, il nous semble préférable de distinguer deux catégories de sujets, dans la mesure, où précisément, c'est sur cette distinction que repose l'efficacité du traitement et de la démarche du travailleur social.

— d'une part, les grands immatures qu'avec les psychanalystes l'on convient de désigner comme des « pré-génitaux » dont l'importante fixation orale rend compte de leur insatiabilité, de leur avidité, de leur impatience. Chez eux la personnalité est profondément remaniée, le déséquilibre patent, les manifestations bruyantes et fréquentes, le pronostic réservé.

— d'autre part, à l'opposé, les « normaux » — « génitaux » dans la terminologie psychanalytique — chez lesquels ce n'est pas tant la personnalité qui est valorisée que l'événement, l'accident, qui donne naissance aux manifestations hystériques : c'est par exemple le cas des névroses traumatiques ou des hystéries collectives.

### *C. L'approche de l'hystérique.*

On pourrait plutôt parler de « règles » d'approche : nous allons en effet essayer d'envisager dans ce chapitre ce qu'il faut faire et surtout ce qu'il ne faut pas faire en présence d'un hystérique. Ces règles découlent d'une part des notions fondamentales que nous venons de dégager concernant la structure de personnalité et sa signification, et d'autre part de la place qu'occupe le travailleur social dans le champ de l'hystérique : très généralement, l'on peut considérer qu'il est investi comme le double du médecin, son auxiliaire ou son substitut. Il peut être le premier à entrer en relation avec le patient — il l'est toujours avec son entourage immédiat (sa famille), et bien souvent on lui délègue le pouvoir de le suivre à titre ambulatoire. Dans tous les cas, médecin et travailleur social restent eux-mêmes en contact étroit soit au sein d'une équipe médico-sociale, soit sous toute forme. Très schématiquement, nous allons passer

en revue les situations dans lesquelles le travailleur social peut se trouver impliqué en distinguant :

- la première rencontre;
- la relation avec l'hystérique pendant son séjour hospitalier;
- la cure ambulatoire.

1) *La première rencontre.*

L'on a souvent dit que le traitement d'un hystérique commençait dès le premier contact avec lui. C'est vrai pour le médecin (la manière dont il parvient au diagnostic a déjà une valeur thérapeutique) mais c'est aussi vrai pour le travailleur social (la façon qu'il aura de conseiller, orienter, décider, revêtira une importance égale, qu'il soit appelé à voir le patient seul, en l'absence du médecin ou que son entretien précède immédiatement l'examen psychiatrique).

Nous avons déjà passé en revue dans le premier chapitre les circonstances de cette première rencontre. Il peut s'agir de :

- syndromes pseudo-neurologiques;
- syndromes neurovégétatifs;
- manifestations psychiques.

a) *Syndromes pseudo-neurologiques* : Ce peut être en premier lieu une crise d'agitation.

La crise rétrocede le plus souvent si l'on a pris soin d'isoler le patient en écartant l'entourage affolé et de garder soi-même un calme parfait — nous avons déjà signalé que l'hystérique ne courait aucun risque de se blesser. — Si ces mesures ne ramènent pas le calme, l'on aura recours au médecin qui pourra selon le cas, soit administrer un sédatif, soit hospitaliser le patient dans un service spécialisé où il pourra être isolé.

— Ce peut être une manifestation durable (hystérie de conversion).

Une attitude ferme et compréhensive d'emblée est garante de la bonne marche ultérieure du traitement : certes, c'est le médecin qui procède à l'examen somatique — et, s'il veut susciter la confiance du malade, il convient qu'il le fasse avec rigueur en recherchant minutieusement les signes d'organicité —. Mais le travailleur social peut tout aussi bien procéder aux préliminaires (anamnèse, interrogatoire de l'entourage). Il est indispensable que le style qu'il donnera à son entretien, comme son attitude, prouve à son interlocuteur qu'il a su appréhender son problème. Il ne pourra mieux le faire sentir qu'en procédant à une anamnèse minutieuse qui visera à établir une relation temporelle entre les manifestations présentées et les différents facteurs institutionnels.

Une fois l'entretien terminé, c'est bien entendu le médecin qui a la charge d'énoncer le diagnostic mais il n'est pas rare que le travailleur social soit appelé de son côté à répondre aux questions du patient et de son entourage : il convient qu'il le fasse avec la plus grande prudence et qu'il évite de commettre certaines erreurs qui compromettraient la psychothérapie. En particulier il faut éliminer de son vocabulaire les termes d'hystérie (généralement déconsidéré dans le grand public) et

de simulation qui pourrait évoquer chez le patient et son entourage une idée de supercherie, même si l'on précise que cette simulation est inconsciente. Selon les cas, il sera plus opportun de parler simplement de troubles « fonctionnels », inorganiques, en précisant bien que le pronostic vital n'est pas en cause puisqu'il n'y a pas de lésion, ou de faire allusion à un lien entre ces troubles fonctionnels et « des contrariétés » ou des conflits en valorisant le terrain (« sujet fragile »), ou encore d'aborder le mécanisme du « refuge dans la maladie » en indiquant à grands traits comment, du fait de sa fragilité et des circonstances, le sujet y a été conduit « faute de pouvoir résoudre autrement ses conflits ».

b) *Symtômes neuro-végétatifs :*

Vertiges, céphalées, insomnies, dysphagie, dyspnée, précordialgies seront évidemment des symtômes qui sont avant tout l'affaire du médecin praticien. Il arrive cependant que le travailleur social ait son mot à dire : en particulier, son attitude peut être déterminante lorsque les examens complémentaires s'étant révélés négatifs, se pose le problème de l'opportunité d'une consultation psychiatrique, bien souvent redoutée par le porteur comme par son entourage, en raison des préjugés qui courent à l'encontre de cette discipline. Il convient de savoir que tous ces patients ne doivent pas nécessairement être adressés au psychiatre. Le travailleur social, comme le médecin praticien, peuvent fort bien atténuer les symtômes, sinon les faire disparaître, sans pour autant élucider le conflit. A l'inverse, il faut bien avoir présent à l'esprit le danger d'une trop longue expectative qui risque de rendre toute psychothérapie inopérante.

c) *Manifestations psychiques :*

Bien que ces manifestations ressortissent au domaine psychiatrique proprement dit, il arrive que le travailleur social appelé à prendre en charge des hystériques qui ont présenté un état dépressif, le plus souvent après qu'il se soit objectivé par une tentative de suicide. L'on sait combien ces tentatives ont un caractère ostentatoire, inauthentique, théâtral, et combien on est porté en retour à douter de leur sincérité. Comment ne pas méfier devant une malade qui attend, pour tenter de se noyer dans sa baignoire, que les infirmières viennent la chercher dans la salle de bain ? Il est rare que ces tentatives ne suscitent pas une attitude de rejet, mais il importe, avant tout, de dépasser cette réaction : à trop utiliser ce mode d'expression des conflits, l'on risque de finir par mourir (cette malade qui tentait de se suicider dans sa baignoire à l'hôpital, ne s'est pas ratée à sa sortie).

2) *L'hystérique à l'hôpital.*

La décision d'hospitaliser l'hystérique est prise lorsque les symtômes que nous avons passés en revue (crises d'agitation que les premiers soins ne sont pas parvenus à calmer, manifestations de conversion, troubles neurovégétatifs ou troubles mentaux) revêtent par leur permanence ou leur intensité un certain caractère de gravité. Il est bien évident, que ce sont

ces symtômes, par leur importance et le terrain qui les sous tend qui motivent une telle décision, mais ce n'est pas parce qu'ils occupent le devant de la scène que l'on doit négliger l'influence de l'entourage. Nous y avons déjà insisté : c'est par rapport à l'autre que l'hystérique se détermine, c'est à le troubler qu'il vise pour se rassurer sur sa propre existence. Dans la réplique qu'il lui donne, l'entourage peut, soit lui emboîter le pas et ainsi l'encourager (inconsciemment) à persévérer en le justifiant dans son rôle, soit, à l'opposé, refuser de jouer le jeu et de comprendre le langage dans lequel le patient s'exprime.

Une telle réaction n'aura d'autre résultat que de conduire l'hystérique, sous peine de perdre la face, à majorer ses symtômes. C'est ainsi qu'en quelque sorte cette « culture familiale » vient refermer le cercle vicieux. Pour le rompre, il faut agir sur les deux versants du tableau : d'une part sur les symtômes proprement dits et la personnalité — c'est essentiellement la tâche du psychiatre —, d'autre part sur l'entourage — c'est celle du travailleur social. Il va de soi que cette action ne sera efficace que si elle est concertée et cohérente. A cet égard, on ne saurait trop souligner l'importance des équipes médico-sociales.

Il importe donc de rappeler brièvement les principes généraux de traitement : pour ce qui concerne les problèmes posés par l'hystérie de conversion — (nous n'aurons pas le temps d'aborder les autres) —, l'on doit toujours avoir présent à l'esprit le souci impératif de ne pas laisser les symtômes de conversion persister et de les faire rétrocéder le plus rapidement possible, précisément pour les raisons que nous venons de développer. En d'autres termes, l'on pourrait dire que l'hystérique engagé dans ce processus de somatisation, court le risque d'être pris à son propre piège : l'on se doit de tout mettre en œuvre pour lui ménager une porte de sortie honorable. A cet effet, l'isolement du malade représente le procédé de choix puisqu'il vise à rompre directement le cercle vicieux dans lequel il s'était installé (il est réalisé dans une chambre individuelle avec suspension des visites jusqu'à la disparition des symtômes). S'il s'avère insuffisant, l'on peut alors avoir recours à diverses méthodes de « contre-suggestion » telles qu'elles ont pu être décrites par l'école de BABINSKI et qui visent à démontrer au patient l'absence d'organicité de ces troubles. A cet effet l'on peut utiliser l'hypnose, la persuasion verbale, le torpillage par courant faradique, ou encore la sub-narcose barbiturique et le choc amphétaminique qui tendent plus spécialement à la recherche d'un effet cathartique. L'on doit savoir cependant que ces procédés, s'ils ont pour résultat de guérir radicalement les symtômes, n'agissent généralement que sur les manifestations neurologiques, n'ont que peu d'effet sur les manifestations viscérales, (effet temporaire) — et surtout, risquent, s'ils sont employés seuls, de conduire à un état dépressif avec tentative de suicide.

### 3) *La cure ambulatoire.*

Elle vise à modifier le terrain hystérique, et représente donc le traitement le plus ambitieux, mais aussi le plus difficile. Comme le traitement

pendant le séjour à l'hôpital, elle implique une coordination étroite des efforts du travailleur social et du médecin au sein d'une équipe médico-sociale. Si nous nous référons aux types que nous avons schématiquement opposés en décrivant la structure de personnalité hystérique nous pouvons considérer que cette cure peut être conduite selon des modalités différentes :

a) chez les sujets du premier type dont la personnalité est profondément perturbée et les fixations « pré-génitales » intenses, l'attitude thérapeutique sera fonction de l'importance respective des traits psychopathiques et des traits névrotiques. Deux cas peuvent se présenter :

— Les manifestations psychopathiques sont prépondérantes, l'adaptation affective précaire, le « Moi » particulièrement faible : il s'agit de déséquilibres psychopathiques plus ou moins graves qui peuvent avoir des incidences médico-légales par l'inadaptation sociale et les faits de délinquance qu'ils risquent d'entraîner. Ici le problème est avant tout celui d'une surveillance attentive et régulière et tout autre psychothérapie qu'une psychothérapie de soutien est illusoire.

— A l'opposé, les manifestations hystériques l'emportent et les réactions psychopathiques sont minimales, mais les symptômes se développent sur une personnalité remarquable par sa profonde immaturité affective : là encore l'attitude psychothérapeutique est malaisée du fait des oscillations de ces patients dans leurs relations avec le psychiatre ou le travailleur social. L'impossibilité où ils se trouvent de maintenir une relation « rapprochée », comme les grands « oraux », les font passer constamment d'une phase de dépendance étroite à une phase de révolte contre l'autorité du thérapeute, ce qui a pour effet de vouer à l'échec toute velléité de psychothérapie directive. Dans ces conditions, il est plus indiqué d'adopter une attitude flexible qui visera tout à la fois à permettre une certaine prise de conscience et à dispenser des mesures d'assistance qui compenseront les conséquences fâcheuses qu'une telle immaturité ne manque jamais d'avoir sur le plan social.

b) Chez les sujets du type II., deux éventualités peuvent encore être envisagées :

— Ou bien les traits de personnalité hystériques sont peu marqués et les manifestations ne se sont installées qu'à l'occasion d'un événement particulièrement traumatisant (c'est les cas par exemple des accidents hystériques post-traumatiques, des névroses de guerre, ou encore des réactions à des situations pathogènes). Pour l'essentiel, le traitement a déjà été entrepris pendant le séjour hospitalier, et une psychothérapie à titre ambulatoire paraît superflue : tout au plus devra-t-on s'employer, comme nous l'avons indiqué plus haut, à analyser la genèse du processus pathologique.

— Ou bien l'évènement déclenchant ne joue qu'un rôle minime et la structure de personnalité présente des traits hystériques plus accusés, sans toutefois que le désordre des conduites atteigne en importance celui que l'on observe dans les grands déséquilibres. En pareil cas, la conduite

à tenir semble surtout devoir relever de la compétence du psychiatre ou du psychanalyste.

En pratique, quelles que soient les décisions que le psychiatre est amené à prendre, c'est bien souvent le travailleur social qui reste en contact étroit avec l'hystérique, et c'est à lui qu'incombe la tâche particulièrement ingrate et délicate de le suivre. Il nous semble que pour la mener à bien, il devra s'attacher à ne jamais perdre de vue certaines notions que l'on pourrait dégager de tout ce que nous venons de dire et qui pourraient figurer comme autant de points de repères :

1) L'hystérique n'est pas un simulateur, mais un authentique malade mental même si ses troubles ont un caractère d'inauthenticité. Cette notion implique que notre attitude doit être compréhensive : croire en effet qu'il puisse s'agir d'une simulation ne peut pas ne pas entraîner une attitude qui susciterait chez le patient le sentiment d'être rejeté.

2) La problématique de l'hystérique est centrée sur la séduction : c'est le trouble de l'Autre qui le rassure sur son existence. Il va le rechercher, et pour ce faire déployer tous ses charmes. Le travailleur social court donc le risque, lui-aussi, de se laisser séduire, et par conséquent d'entrer dans le jeu du patient ou d'être encore plus simplement son jouet, par exemple sous le prétexte de défendre ses droits, de prendre son parti contre un parent ou un partenaire, etc...

3) En réalité, derrière cette entreprise de séduction, se cache généralement une très grande avidité affective qui va jusqu'à prendre parfois le caractère d'une agressivité dévorante. Nous avons montré comment à cette entreprise de séduction pouvait succéder très rapidement des manifestations d'agressivité. On a vite fait de parler d'ingratitude, de versatilité, mais en présence d'une telle attitude — si l'on s'était déjà laissé prendre dans les rets de la séduction, la réaction habituelle du travailleur social risque encore une fois d'être le rejet.

Dans ces conditions, la règle fondamentale — il n'est certes pas facile de la respecter toujours — c'est de rester maître de la situation. Dans une relation qui, à tous moments — du fait des frustrations qui sont inhérentes à la réalité que nous vivons — peut être remise en question, il faut apporter certaines qualités qui sont la constance, la pondération, une présence sécurisante, et parfois la possibilité de servir de modèle d'identification valable.

En guise de conclusion, nous dirons, avec Henri EY : « Il faut nous faire une raison, l'hystérique ne nous trompe pas, mais il se trompe et nous ne devons pas nous tromper soit en pensant que sa maladie n'a pas de réalité, soit qu'elle a la réalité qu'il présente à nos yeux et à nos soins. C'est le dernier mot de l'hystérique de nous contraindre à ce labyrinthe de subtilités par le fait même de sa labyrinthique névrose. »