



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



interpsy



École doctorale
Stanislas

langages - temps - sociétés

L'hystérie :

*Existe-t-il des différences entre
les femmes hystériques et les hommes hystériques ?
Etude à travers l'épreuve de Rorschach et le MMPI-2.*



Thèse présentée par
Claire RODRIGUES

Soutenue le lundi 18 Décembre 2017
Pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université de Lorraine

Discipline : Psychologie clinique et Psychopathologie

Directeur de thèse : Professeur Claude de TYCHEY, Professeur de Psychologie clinique et pathologique, Directeur du GR 3P - Interpsy

Autres membres du jury :

- Professeur Marie-Frédérique Bacqué (Université de Strasbourg)
- Professeur Joëlle Lighezzolo-Alnot (Université de Lorraine)
- Professeur honoraire Jacqueline Richelle (Université de Mons – Belgique)

L'hystérie : Existe-t-il des différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques ? Etude à travers l'épreuve de Rorschach et le MMPI-2.

L'objet d'étude de cette thèse est l'hystérie. Cette structure de personnalité pour certains, ou pathologie pour d'autres, a été au cœur de nombreuses controverses et a fait l'objet de nombreux clichés, le principal étant que seulement les femmes seraient touchées par l'hystérie. Le but de cette recherche est alors de démontrer que les hommes, comme les femmes, peuvent être sujets à l'hystérie et que celle-ci se manifeste de façon relativement similaire chez les deux sexes.

Après une présentation de l'hystérie, cinq hypothèses sont posées, portant respectivement sur la difficulté d'identification sexuelle, l'angoisse de castration, la non-résolution du conflit œdipien, la relation d'objet génitale et le recours à des défenses hystéro-phobiques. Pour mettre à l'épreuve ces hypothèses, un échantillon de dix femmes et dix hommes, présentant chacun une structure de personnalité hystérique, a été constitué. Il a été proposé à chacun des entretiens cliniques pour dresser leur anamnèse, le test projectif de Rorschach et le MMPI-2. L'analyse de l'ensemble des données obtenues a révélé que peu de différences entre les deux groupes. L'hypothèse générale selon laquelle beaucoup de points communs existent entre les femmes et les hommes hystériques a alors pu être vérifiée.

La recherche ayant été faite sur un nombre restreint de participants, traversant tous une période de souffrance, plusieurs recherches peuvent être faites dans le futur afin de recueillir des données sur un plus grand échantillon, également auprès de personnes présentant une structure de personnalité davantage compensée, ce qui permettrait peut-être une meilleure compréhension de l'hystérie et aiderait à une meilleure prise en charge thérapeutique.

Mots clés : Genre, Hystérie, MMPI-2, Rorschach.

Hysteria: Are there differences between hysterical women and hysterical men? Research through the Rorschach and the MMPI-2.

This study is about hysteria. This personality structure for some, or pathology for others, has been at the heart of many controversies and has been subject to many clichés, the main one being that only women would be prone to hysteria. The aim of this research is to demonstrate that men, like women, can be prone to hysteria and that its manifestations are relatively similar for both sexes.

After a presentation of hysteria, five hypotheses are posed, dealing respectively with gender identity issues, castration anxiety, non-resolution of the oedipal conflict, genital love and the use of hystero-phobic defense mechanisms. To test these hypotheses, a sample of ten women and ten men, each with a hysterical personality structure, was formed. To each participant was offered several clinical interviews according to their history, as well as the Rorschach test and the MMPI-2. Analysis of all the data collected only revealed little difference between the two groups. The general hypothesis that many common points exist between hysterical women and men seems to be verified.

The research was carried out with a limited number of participants, all of which were going through a period of suffering. Several other studies could be carried out in the future to collect data on a larger sample and on people with a more compensated personality structure, allowing perhaps a better understanding of hysteria and a better psychotherapeutic follow up.

Keywords: Gender, Hysteria, MMPI-2, Rorschach.

Remerciements

*Je remercie sincèrement
mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Claude de Tychey
pour sa précieuse aide, sa grande disponibilité,
et pour m'avoir accompagnée tout au long de ma recherche.*

*Je remercie les membres du jury,
pour le temps accordé à la lecture de ce travail
et espère qu'en découlent de riches échanges le jour de notre rencontre.*

*Je remercie également les vingt participants,
pour avoir accepté la recherche, s'être livrés avec confiance sur leur intimité, leur vie.*

*Mes remerciements vont aussi à tous mes collègues,
pour les échanges enrichissants sur l'hystérie, l'étayage apporté à ma réflexion.
et pour leur aide dans la constitution de l'échantillon.*

*Enfin, je remercie les amis qui m'ont aidé à différentes étapes de ma thèse,
mes parents pour leur confiance et soutien,
et Fabien, pour ses relectures, son aide et surtout pour sa patience face aux « Ce week-end/ce
soir, je dois travailler ma thèse, je ne serai pas trop dispo... ».*

Table des Matières

Résumé/Abstract	3
Remerciements	5
Introduction à la thèse.	17

CADRE THEORIQUE

I – L'évolution du concept d'hystérie : de sa naissance à aujourd'hui.	23
1. L'hystérie : une notion ancienne.	23
2. Hypnose et hystérie : Mesmer, Charcot, Bernheim, Janet, Breuer.	27
3. De l'hypnose à aujourd'hui.	31
4. La place de l'hystérie masculine dans l'histoire de l'hystérie.	32
II – L'hystérie et la psychiatrie.	39
1. Les symptômes hystériques.	39
a) Les symptômes somatiques ou de conversion.	39
b) Les symptômes psychiques ou troubles dissociatifs.	40
2. Les traits de personnalité hystérique.	41
3. L'hystérie dans les classifications des troubles mentaux.	42
4. Diagnostic différentiel et comorbidité.	44
III – L'hystérie au cœur de la psychanalyse.	47
1. Les théories freudiennes.	47
a) La théorie de la séduction, la théorie du fantasme, le refoulement.	48
b) L'hystérie de conversion.	51
c) L'hystérie d'angoisse.	52
d) Le fantasme, le désir, la sexualité chez les hystériques.	53
e) Fragment d'une analyse d'hystérie de Freud : le cas de Dora	54
2. Bergeret et la « structure hystérique ».	59
a) La structure hystérique d'angoisse ou encore structure hystéro-phobique.	60
b) La structure hystérique de conversion.	61
c) Le caractère hystéro-phobique et le caractère hystérique de conversion.	62
3. Lacan et l'hystérie.	63
a) Le désir insatisfait de l'hystérique.	63
b) L'identification hystérique.	65
c) Le discours de l'hystérique.	66
d) Les relectures de Lacan du cas de Dora pour illustrer ses théories.	67
4. Les autres apports psychanalytiques sur la structure hystérique.	69
IV – L'hystérie aujourd'hui.	81
1. Ce qui est dit de l'hystérie aujourd'hui.	81
2. Données épidémiologiques.	83
a) Hystérie et genre.	85
b) Hystérie et âge.	86

Table des matières

c) Hystérie et environnement social.....	88
3. L'hystérie et la culture.....	89
V – Ressemblances ou différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques dans la littérature.....	93
1. Pour certains, des différences demeurent entre les femmes et les hommes hystériques.....	93
2. Pour d'autres, l'hystérie ne serait pas sexuée.....	97
VI - La problématique et les hypothèses de cette recherche.....	101

METHODOLOGIE

I – Choix de la population.....	109
II – Présentation du matériel utilisé.....	112
1. Choix méthodologiques.....	112
2. L'entretien semi-directif.....	113
3. Le test de Rorschach.....	114
a) Présentation du test de Rorschach.....	114
b) Les caractéristiques de l'hystérie au test de Rorschach.....	115
4. Le MMPI-2.....	119
a) Présentation du MMPI-2.....	119
b) Les caractéristiques de l'hystérie au MMPI-2.....	120
III – La procédure et l'exploitation des données.....	124
1. L'administration des différentes épreuves.....	124
2. L'approche comparative.....	126
IV – Code de déontologie, règles éthiques et formulaire de consentement.....	127
V – Les indices permettant de mettre à l'épreuve les hypothèses théoriques en les transformant en hypothèses de travail.....	129

ANALYSES CLINIQUES

A. Présentation de dix femmes présentant une structure de personnalité hystérique.....	135
I – Analyse des données cliniques d'Alexandra.....	137
1. Anamnèse.....	137
2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	139
a) D'un point de vue quantitatif.....	139
b) D'un point de vue qualitatif.....	140
3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	142
a) D'un point de vue quantitatif.....	142
b) D'un point de vue qualitatif.....	143
4. Mise à l'épreuve des hypothèses.....	143
a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	143
b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	144
c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	144
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	145

e)	Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.	145
II –	Analyse des données cliniques de Béatrice.	147
1.	Anamnèse.	147
2.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.	150
a)	D'un point de vue quantitatif.	151
b)	D'un point de vue qualitatif.	151
3.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.	153
a)	D'un point de vue quantitatif.	153
b)	D'un point de vue qualitatif.	154
4.	Mise à l'épreuve des hypothèses.	155
a)	Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.	155
b)	Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.	155
c)	Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.	156
d)	Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.	156
e)	Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.	157
III –	Analyse des données cliniques de Brigitte.	158
1.	Anamnèse.	158
2.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.	161
a)	D'un point de vue quantitatif.	161
b)	D'un point de vue qualitatif.	162
3.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.	164
a)	D'un point de vue quantitatif.	164
b)	D'un point de vue qualitatif.	165
4.	Mise à l'épreuve des hypothèses.	166
a)	Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.	166
b)	Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.	166
c)	Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.	166
d)	Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.	167
e)	Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.	168
IV –	Analyse des données cliniques de Caroline.	169
1.	Anamnèse.	169
2.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.	172
a)	D'un point de vue quantitatif.	172
b)	D'un point de vue qualitatif.	172
3.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.	175
a)	D'un point de vue quantitatif.	175
b)	D'un point de vue qualitatif.	176
4.	Mise à l'épreuve des hypothèses.	176
a)	Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.	176
b)	Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.	177
c)	Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.	177
d)	Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.	178
e)	Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.	178
V –	Analyse des données cliniques de Clémentine.	180
1.	Anamnèse.	180
2.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.	185

Table des matières

a)	D'un point de vue quantitatif.....	185
b)	D'un point de vue qualitatif.....	185
3.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	188
a)	D'un point de vue quantitatif.....	188
b)	D'un point de vue qualitatif.....	189
4.	Mise à l'épreuve des hypothèses.....	189
a)	Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	189
b)	Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	190
c)	Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	190
d)	Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	191
e)	Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	191
VI –	Analyse des données cliniques d'Edwige.....	193
1.	Anamnèse.....	193
2.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	196
a)	D'un point de vue quantitatif.....	196
b)	D'un point de vue qualitatif.....	197
3.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	200
a)	D'un point de vue quantitatif.....	200
b)	D'un point de vue qualitatif.....	201
4.	Mise à l'épreuve des hypothèses.....	202
a)	Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	202
b)	Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	202
c)	Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	203
d)	Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	204
e)	Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	204
VII –	Analyse des données cliniques d'Elisabeth.....	206
1.	Anamnèse.....	206
2.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	209
a)	D'un point de vue quantitatif.....	210
b)	D'un point de vue qualitatif.....	210
3.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	213
a)	D'un point de vue quantitatif.....	213
b)	D'un point de vue qualitatif.....	213
4.	Mise à l'épreuve des hypothèses.....	214
a)	Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	214
b)	Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	214
c)	Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	215
d)	Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	216
e)	Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	216
VIII –	Analyse des données cliniques de Frédérique.....	218
1.	Anamnèse.....	218
2.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	221
a)	D'un point de vue quantitatif.....	221
b)	D'un point de vue qualitatif.....	222
3.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	224
a)	D'un point de vue quantitatif.....	224
b)	D'un point de vue qualitatif.....	225

4.	Mise à l'épreuve des hypothèses.....	226
a)	Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	226
b)	Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	226
c)	Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	227
d)	Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	227
e)	Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	228
IX –	Analyse des données cliniques de Monique.....	229
1.	Anamnèse.....	229
2.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	232
a)	D'un point de vue quantitatif.....	232
b)	D'un point de vue qualitatif.....	233
3.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	235
a)	D'un point de vue quantitatif.....	235
b)	D'un point de vue qualitatif.....	236
4.	Mise à l'épreuve des hypothèses.....	237
a)	Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	237
b)	Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	237
c)	Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	237
d)	Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	238
e)	Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	239
X –	Analyse des données cliniques de Nicole.....	240
1.	Anamnèse.....	240
2.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	242
a)	D'un point de vue quantitatif.....	243
b)	D'un point de vue qualitatif.....	243
3.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	245
a)	D'un point de vue quantitatif.....	245
b)	D'un point de vue qualitatif.....	247
4.	Mise à l'épreuve des hypothèses.....	247
a)	Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	247
b)	Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	248
c)	Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	248
d)	Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	249
e)	Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	249
B.	Présentation de dix hommes présentant une structure de personnalité hystérique.....	251
I –	Analyse des données cliniques de Bernard.....	252
1.	Anamnèse.....	252
2.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	254
a)	D'un point de vue quantitatif.....	255
b)	D'un point de vue qualitatif.....	255
3.	Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	257
a)	D'un point de vue quantitatif.....	257
b)	D'un point de vue qualitatif.....	258
4.	Mise à l'épreuve des hypothèses.....	259
a)	Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	259
b)	Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	260

Table des matières

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	260
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	261
e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	261
II – Analyse des données cliniques de Bilal.....	263
1. Anamnèse.....	263
2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	265
a) D'un point de vue quantitatif.....	265
b) D'un point de vue qualitatif.....	266
3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	268
a) D'un point de vue quantitatif.....	268
b) D'un point de vue qualitatif.....	268
4. Mise à l'épreuve des hypothèses.....	269
a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	269
b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	270
c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	270
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	271
e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	271
III – Analyse des données cliniques de Denis.....	272
1. Anamnèse.....	272
2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	274
a) D'un point de vue quantitatif.....	274
b) D'un point de vue qualitatif.....	275
3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	277
a) D'un point de vue quantitatif.....	277
b) D'un point de vue qualitatif.....	278
4. Mise à l'épreuve des hypothèses.....	279
a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	279
b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	279
c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	280
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	281
e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	281
IV – Analyse des données cliniques d'Emmanuel.....	282
1. Anamnèse.....	282
2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	286
a) D'un point de vue quantitatif.....	286
b) D'un point de vue qualitatif.....	286
3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	289
a) D'un point de vue quantitatif.....	290
b) D'un point de vue qualitatif.....	290
4. Mise à l'épreuve des hypothèses.....	291
a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	291
b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	292
c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	292
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	293
e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	293
V – Analyse des données cliniques d'Henri.....	295

1. Anamnèse.....	295
2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	297
a) D'un point de vue quantitatif.....	297
b) D'un point de vue qualitatif.....	297
3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	300
a) D'un point de vue quantitatif.....	300
b) D'un point de vue qualitatif.....	301
4. Mise à l'épreuve des hypothèses.....	301
a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	301
b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	302
c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	302
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	303
e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	303
VI – Analyse des données cliniques de Laurent.....	305
1. Anamnèse.....	305
2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	307
a) D'un point de vue quantitatif.....	308
b) D'un point de vue qualitatif.....	308
3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	310
a) D'un point de vue quantitatif.....	310
b) D'un point de vue qualitatif.....	311
4. Mise à l'épreuve des hypothèses.....	312
a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	312
b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	312
c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	313
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	313
e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	314
VII – Analyse des données cliniques de Ludovic.....	315
1. Anamnèse.....	315
2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	318
a) D'un point de vue quantitatif.....	318
b) D'un point de vue qualitatif.....	318
3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	321
a) D'un point de vue quantitatif.....	321
b) D'un point de vue qualitatif.....	321
4. Mise à l'épreuve des hypothèses.....	322
a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.....	322
b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.....	323
c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.....	323
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.....	323
e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.....	324
VIII – Analyse des données cliniques de Michel.....	325
1. Anamnèse.....	325
2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.....	329
a) D'un point de vue quantitatif.....	329
b) D'un point de vue qualitatif.....	329
3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.....	332

Table des matières

a) D'un point de vue quantitatif.	332
b) D'un point de vue qualitatif.	333
4. Mise à l'épreuve des hypothèses.	333
a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.	333
b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.	334
c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.	334
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.	335
e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.	335
IX – Analyse des données cliniques de Richard.	337
1. Anamnèse.	337
2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.	340
a) D'un point de vue quantitatif.	340
b) D'un point de vue qualitatif.	340
3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.	343
a) D'un point de vue quantitatif.	343
b) D'un point de vue qualitatif.	344
4. Mise à l'épreuve des hypothèses.	345
a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.	345
b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.	346
c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.	346
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.	347
e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.	347
X – Analyse des données cliniques de Salvador.	349
1. Anamnèse.	349
2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.	353
a) D'un point de vue quantitatif.	353
b) D'un point de vue qualitatif.	353
3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.	355
a) D'un point de vue quantitatif.	355
b) D'un point de vue qualitatif.	356
4. Mise à l'épreuve des hypothèses.	357
a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.	357
b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.	357
c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.	358
d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.	358
e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.	359

ANALYSE COMPARATIVE

I – Analyse comparative quantitative.	363
1. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 1, portant sur la représentation de soi.	363
2. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 2, portant sur le type d'angoisse.	369
3. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 3, portant sur le conflit sous-jacent.	373
4. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 4, portant sur la relation d'objet.	376
5. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 5, portant sur les mécanismes de défense.	383
II – Analyse comparative qualitative.	389
1. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 1, portant sur la représentation de soi.	389

2. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 2, portant sur le type d'angoisse.	391
3. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 3, portant sur le conflit sous-jacent.	392
4. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 4, portant sur la relation d'objet.	394
5. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 5, portant sur les mécanismes de défense.	395

DISCUSSION/CONCLUSION

I - Retour sur les hypothèses.	399
II – Critiques et biais éventuels de la recherche.	404
1. Biais liés aux sujets, à l'échantillon.	404
2. Biais liés à la méthodologie.	406
3. Autres biais possibles.	408
III - Réflexion sur la pratique clinique.	409
IV – Pistes de futures recherches.	416
Conclusion à la thèse.	419
BIBLIOGRAPHIE	423
ANNEXES	435

L'HYSTERIE :

Existe-t-il des différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques ? Étude à travers l'épreuve de Rorschach et le MMPI-2.

Introduction à la thèse.

Cette thèse a pour objet d'étude l'hystérie. L'hystérie renvoyant à divers concepts, nous nous intéresserons tout particulièrement aux ressemblances ou différences pouvant exister entre les femmes hystériques et les hommes hystériques. En effet, bien qu'étymologiquement, le terme « hystérie » partage la même origine que le mot « utérus », les hommes, comme les femmes, peuvent être concernés par l'hystérie.

Le questionnement de cette recherche renvoie en fait à la problématique de l'identification sexuelle tenant une place quasiment centrale dans l'hystérie. Je partage, sans pour autant être définitivement bornée à ce point de vue, l'avis des auteurs pour qui, parler de différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques est chose insensée, ces patients ne faisant pas eux-mêmes la différence femme-homme mais la différence possesseur de phallus-dépourvu de phallus.

Pourquoi travailler sur un sujet tel que l'hystérie ?

L'hystérie tient, de nos jours, une place dans le langage courant. Il n'est pas rare d'entendre des personnes dire qu'une etelle est hystérique, une connotation péjorative étant constamment associée à cette qualification, ce qui est d'ailleurs tout le contraire du point de vue structural psychanalytique que nous propose Bergeret (1974), selon lequel la structure hystérique serait le mode d'organisation de la personnalité le plus achevé. Ceci pose plusieurs problèmes : ce terme est vulgarisé, banalisé, il s'éloigne de sa définition réelle et est, à tort, uniquement utilisé pour désigner les femmes. Il semble alors important de présenter, de nouveau, l'hystérie et de montrer que les hommes, tout comme les femmes, peuvent être

Introduction.

hystériques, bien qu'il faille admettre que ce mode d'organisation soit effectivement plus présent chez ces dernières.

Il existe également d'autres raisons qui poussent à porter de l'intérêt à l'hystérie, comme le fait qu'il s'agisse d'une notion ancienne puisqu'elle existe depuis l'antiquité. En effet, des papyrus datant de 1900 ans avant J. C. sont la preuve que les médecins parlaient déjà d'hystérie et repéraient les premiers symptômes pouvant y être associés.

De plus, depuis sa création, l'hystérie est source de nombreuses divergences. Comme dit André (1999), bien que l'hystérie existe depuis plusieurs millénaires, chaque génération la redécouvre à sa manière. Ainsi, depuis l'antiquité, les théories se sont multipliées, plusieurs classifications ont été proposées. L'hystérie a été et est abordée comme une structure de personnalité ou comme une pathologie. Pour d'autres encore, l'hystérie n'existerait plus. En effet, nous aurions pu croire que la boucle était bouclée avec la disparition du terme « hystérie » dans les classifications psychiatriques des troubles mentaux mais certains questionnements sur l'hystérie demeurent, d'autant que cette notion reste présente dans le domaine de la psychanalyse. Le fait qu'aucune autre pathologie ne s'exprime par une telle variété, par une aussi grande abondance des formes, ne peut qu'éveiller la curiosité.

Un troisième point donne à l'hystérie un rôle important : elle peut être associée à de nombreuses découvertes, notamment à celle de la psychanalyse. C'est en effet à travers l'étude de Dora, un cas de névrose hystérique, que Freud (1905) a créé la psychanalyse.

Enfin, selon Schaeffer (2000), « *l'hystérie est l'organisation de base du psychisme humain, la névrose de base* ». Elle va jusqu'à dire que la sexualité humaine est de structure hystérique et que tout le monde est confronté à l'hystérie.

L'ensemble de ces arguments témoigne donc de l'intérêt que l'hystérie peut susciter et peut être résumé par la citation suivante :

« *Dans la mythologie grecque, la Méduse, aux cheveux de serpents, pétrifiait ceux qui la regardaient de face. Il en va de même pour l'hystérie.* » Freud (1940)

Comme nous venons de le voir, l'hystérie a provoqué de la curiosité, mais pas uniquement chez les psychiatres, les psychologues ou encore les psychanalystes, puisque les artistes s'y sont également intéressés, ce qui constitue une raison de plus pour s'intéresser à cette structure de personnalité. En littérature par exemple, Flaubert (1857) se demandait s'il n'était pas hystérique en disant qu'il « était Madame Bovary », en souffrant de vomissements

incontrôlables après avoir dépeint les spasmes d'Emma Bovary venant de s'empoisonner. Au cinéma, les réalisateurs se sont également intéressés à l'hystérie, l'ont filmée, comme Cronenberg, en 2011, qui reprend, dans *A dangerous method*, l'histoire d'une patiente hystérique soignée par Jung puis Freud. Une année plus tard, Winocour réalise *Augustine*, film où la vie de celle-ci et de Charcot sont mises en scène.

Enfin, actuellement, nous trouvons dans la littérature scientifique de nombreuses données sur l'hystérie, l'hystérie chez les femmes et/ou chez les hommes, sur l'hystérie dans les protocoles du test de Rorschach et du MMPI-2. En revanche, nous trouvons assez peu d'informations alliant l'ensemble de ces données, s'interrogeant sur ce qui différencie ou non les femmes hystériques et les hommes hystériques. C'est également pour cette dernière raison que réaliser une telle recherche devenait attrayant.

Pour conclure, il est important de préciser que le but de cette thèse n'est pas de nier toute différence entre les sexes, car comme le dit Chiland (1999), nier les différences ne rétablit pas l'égalité et les différences sont de l'ordre du fait, tandis que l'égalité est de l'ordre du droit. Cette thèse est donc uniquement une étude comparative entre un groupe de femmes et un groupe d'hommes, présentant chacun une structure de personnalité hystérique.

L'HYSTERIE : Existe-t-il des différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques ? Étude à travers l'épreuve de Rorschach et le MMPI-2.

Cadre Théorique

I – L'évolution du concept d'hystérie : de sa naissance à aujourd'hui.

L'hystérie est une notion qui a toujours été au cœur de nombreuses controverses. Effectivement, selon les époques, les cultures et les théoriciens, il a été attribué à l'hystérie différents facteurs pathogènes, elle a fait l'objet de diverses définitions et nosographies, étant parfois influencées par la misogynie, plus ou moins présente selon les siècles.

Ce propos peut être illustré par deux citations, la première est de Janet et la seconde de Lasègue :

« *Chaque époque a donné au mot « hystérie » un sens différent.* » Janet (1894)

« *La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Les symptômes ne sont ni assez constants ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité pour qu'un type, même descriptif, puisse comprendre toutes les variétés.* » Lasègue (1971)

Encore de nos jours, l'hystérie renvoie à quatre notions différentes. En effet, elle est considérée comme une structure névrotique pour certains, comme une pathologie pour d'autres, ou encore comme un discours ou bien un type de personnalité. Concernant le discours ou la personnalité hystérique ou histrionique, tous deux peuvent se retrouver chez des personnes non hystériques et se caractérisent par une mise en scène de soi.

1. L'hystérie : une notion ancienne.

Dès l'antiquité, la notion d'hystérie apparaît sur les papyrus médicaux égyptiens, notamment sur le plus ancien des textes médicaux connus : le papyrus Kahun datant d'environ 1900 ans avant J.C. Ce papyrus brosse le portrait de femmes souffrant, entre autres d'anesthésie, de paralysie, de mutisme, de troubles respiratoires, de contractions des membres du corps et fait de l'hystérie une maladie féminine car reliée à l'utérus. En effet, ces différentes plaintes somatiques observées seraient dues à un mauvais placement de l'utérus, selon les

Cadre théorique : L'évolution du concept d'hystérie.

médecins antiques. Pour remédier à ceci, ces derniers avaient principalement recours aux fumigations, par voie nasale mais le bien plus souvent par la vulve.

Au V^{ème} siècle avant J.C., Hippocrate est le premier à nous offrir une description clinique de l'hystérie. Il associe cette pathologie à l'abstinence sexuelle et la frustration sexuelle des jeunes filles ou des veuves. Par la suite, des médecins grecs, dont Galien (II^{ème} siècle), comparent l'utérus à un petit animal ayant besoin d'humidité. En cas de continence sexuelle, l'utérus se déplacerait dans le corps des femmes à la recherche d'humidité, ce qui provoquerait convulsions et suffocations. Le premier lien entre Hystérie et Sexualité était donc établi. La continence sexuelle serait ici le facteur pathogène de l'hystérie.

Cette idée est remise en question à l'ère du christianisme où cette continence sexuelle est une qualité, une vertu. En effet, au Moyen-Age chrétien, nombreuses femmes présentant des troubles hystériques ont été accusées de sorcellerie et ont été pendues, noyées ou bien encore brûlées vives. A cette période, la misogynie est plus que présente, les hommes sont convaincus de la nature mauvaise des femmes et celles-ci leur servent de boucs émissaires pour expliquer les guerres, famines ou autres épidémies touchant les hommes. C'est alors sans grande surprise que l'hystérie est encore uniquement associée aux femmes. Durant cette période, le terme employé pour désigner les femmes hystériques est celui de « sorcière », ce qui témoigne de la crainte des hommes envers les femmes, crainte qui existe depuis bien longtemps. En effet, cette crainte misogyne se retrouve déjà dans les propos de Pythagore, lorsque celui-ci parlait d'un principe bon qui aurait créé les hommes, l'ordre, la lumière et d'un principe mauvais qui aurait créé le chaos et les femmes.

Durant cette époque, le médical est quelque peu mis de côté au profit de la religion et du mysticisme : les femmes hystériques ne sont pas vues comme malades mais comme possédées par le Mal car il y a une diabolisation de la sexualité. Des documents, dont le *Malleus Maleficarum*¹ (1494) rédigé en partie par le moine dominicain et inquisiteur James Sprenger, certifient la relation forte entre l'hystérie, l'ensorcellement et le crime, et enseignent la conduite des procès ainsi que la manière de châtier ces femmes atteintes d'hystérie. Au Moyen-Age, cette idée est retrouvée en dehors des cultures judéo-chrétiennes comme par exemple en Chine et au Japon. Seuls les médecins arabes conservent le concept d'hystérie apporté par les médecins grecs de l'antiquité. Ces chasses aux sorcières se pratiquèrent jusqu'au XVII^{ème} siècle. A cette même période, le magistrat bordelais, Monsieur de Lancre,

¹ *Malleus Maleficarum* signifie « Marteau des sorcières ».

écrit un ouvrage sur le « tableau de l'inconstance des démons », dans lequel il rapporte que ce sont des femmes se languissant durant l'absence prolongée de leur époux. Après avoir fait brûler les mères, il interrogea leurs jeunes filles. Celles-ci, fortement influençables et soumises à l'autorité et au désir de l'autre, avouèrent des faits démoniaques qu'elles ne pouvaient avoir commis en réalité. Cette suggestibilité se retrouve dans l'hystérie : lorsque, à l'antiquité, les médecins disaient l'hystérique habitée par un animal, celle-ci se comportait comme tel, puis lorsque les prêtres et juges, au Moyen-Age, ont dit l'hystérique possédée, celle-ci s'est faite démon.

Le rapport entre religion et hystérie peut également être illustré par l'histoire des possédées de Loudun (1617-1634) et par celle des convulsionnaires de Saint-Médard (1727-1732). Effectivement, un cas d'hystérie collective a eu lieu à l'église protestante de Loudun, suite à l'arrivée d'Urbain Grandier, en 1617, prêtre décrit comme séduisant. Ce dernier a été accusé, par les religieuses du couvent, d'ensorcellement les conduisant à commettre des actes indécents avec lui. Il semblerait que ce soit le refus de Grandier, de devenir le confesseur du couvent, qui soit à la base de ces accusations. La supérieure du couvent, mère Jeanne des anges, éperdument amoureuse de lui, n'aurait pas accepté ce refus et aurait, pour se venger, proposé cette place à l'ennemi de Grandier et accusa Grandier de l'avoir ensorcelée pour la séduire. Les autres religieuses lancèrent les mêmes accusations. Suggestibilité et contagion mentale peuvent définir cet épisode de l'histoire, où l'isolement, la promiscuité ont été des facteurs favorisant l'imagination et la contagion de celle-ci. Manipulées, influencées par les politiques, les religieuses de Loudun ont fait les aveux attendus. Les convulsionnaires de Saint-Médard, quant à eux, renvoient à un événement marquant de l'époque. A Paris, en 1727, le diacre François de Pâris, de l'église Saint-Médard, décède. Suite à ceci, plusieurs miracles se produisirent. Le premier est celui d'une paralysée qui, après une visite sur la tombe du feu diacre, retrouve l'usage de son membre paralysé. Ces miracles se transformèrent en convulsions spectaculaires. L'hystérie se retrouve ainsi dans ces convulsions, puis dans leur arrêt brutal suite à la fermeture du cimetière.

Dès la Renaissance, les médecins tentent d'établir des relations entre les données cliniques et les données anatomiques, recueillies sur des cadavres de femmes hystériques. La majorité d'entre eux maintiennent la théorie utérine et sexuelle. Ils ajoutent cependant la notion de dysfonctionnement cérébral : tout est relié au sang, à la vie émotionnelle. Ces médecins se situent alors dans une théorie neurologique.

Cadre théorique : L'évolution du concept d'hystérie.

A partir du XVI^{ème} siècle, l'hystérie est reconnue comme étant une maladie de l'esprit, des nerfs ou bien encore comme une affection vaporeuse (à l'époque, nous nommions les troubles psychologiques « vapeurs »). Cette notion reste ancrée au XVII^{ème} siècle puisque l'hystérie est désignée comme étant l'altération de l'esprit et l'indisposition du corps. Sydenham (1682) fait partie de ceux qui voient l'hystérie comme une maladie mentale. Pour lui, il y a bien des manifestations psychiques. Il va donner une description de la personnalité hystérique et prétend que les émotions seraient à la source de cette pathologie. Selon lui, il s'agirait de la maladie la plus fréquente. Elle revêtirait une infinité de formes, car les vapeurs hystériques imitent toutes les pathologies. Peu importe la partie du corps qu'elles touchent, les symptômes propres à cette partie surgiront.

Au XVIII^{ème} siècle, Cullen (1769), médecin et philosophe écossais, est le premier, à introduire la notion de « *névrose* » pour définir l'hystérie. Il caractérise la névrose comme une maladie nerveuse, c'est-à-dire une atteinte du système nerveux. La plupart des théoriciens se positionnent donc dans une théorie psychogène de l'hystérie : ils abordent cette pathologie sous des aspects psychiques, plutôt que somatiques.

La fin du XVIII^{ème} et le XIX^{ème} siècle sont une période où les explications psychologiques et neurologiques de l'hystérie cohabitent. Ce chevauchement des courants se traduit de la façon suivante : l'utérus serait le siège de l'hystérie pour Louyer-Villermay (1802) et Pinel (1813), contrairement à Briquet (1859) pour qui, il s'agirait en fait du cerveau. Le courant neurologique, se développant à cette période, permet l'acquisition d'une description plus fine de cette pathologie : Ferriar (1795) instaure le terme de « *conversion hystérique* », quant à Briquet (1859), il décrit en profondeur les manifestations psychiques et les plaintes somatiques. Ce dernier repère la dimension affective en disant que l'origine de l'hystérie peut se trouver dans l'apparition brutale de fortes émotions. Il octroie alors une origine cérébrale à l'hystérie car elle serait, selon lui, liée à des lésions, dans le cerveau, causées par l'apparition de ces émotions violentes. Benedikt (1895), tout en conservant un point de vue neurologique, associe l'hystérie à des troubles précoces de la sexualité. Le courant psychogène, quant à lui, se développe notamment avec les idées de Pinel (1809). Pour ce dernier, l'hystérie comme toutes les névroses, fait partie des aliénations mentales. Il parle de « *névrose génitale* » : il lie l'hystérie à la sexualité, élimine l'idée de toute anomalie organique et met en avant les bienfaits d'un traitement psychologique.

Pour Carter (1853), il y aurait trois prédicteurs de l'hystérie : le tempérament (n'est pas hystérique la personne qui le veut), un événement étant à la base de la crise et le refoulement

de cet événement causé par un désir sexuel. Il confirme les avantages du traitement psychologique et la théorie psychosexuelle, en déclarant que l'hystérie serait due à la répression consciente des désirs sexuels. Dans son ouvrage, Carter (1853) démontre les effets de la violence sociale sur les femmes. Ces dernières n'ont pas les mêmes droits que les hommes, n'ont pas les mêmes possibilités pour satisfaire leurs désirs. Il ajoute que les femmes, pour rester conformes aux attentes de la société, s'infligent une auto-violence. Il repère également, à travers des demandes d'attention des femmes hystériques, une demande d'aide et de soins. A ceci, s'ajoutent la demande d'amour et la demande de désir de régression à des modes infantiles de satisfaction de celui-ci. Cette même année, Morel (1853) parle aussi de la demande d'amour présente chez les hystériques, en disant « *On ne les aime jamais comme on devrait les aimer...* ».

Malgré ces nombreux apports, les auteurs de cette période gardent une vision très négative de l'hystérie, comme en témoignent les propos de Falret, en 1890 : « *La vie des hystériques n'est qu'un perpétuel mensonge, elles affectent des airs de pitié et de dévotion, et parviennent à se faire passer pour des saintes alors qu'elles s'abandonnent en secret aux actions les plus honteuses, alors qu'elles font à leurs maris et à leurs enfants les scènes les plus violentes, dans lesquelles elles tiennent des propos grossiers et quelque fois obscènes.* ». De plus, malgré les nombreux apports, l'hystérie reste liée aux femmes comme en témoigne sa définition dans l'édition de 1863 du Dictionnaire national de Bescherelle : « *Maladie chronique particulière aux femmes* ».

2. Hypnose et hystérie : Mesmer, Charcot, Bernheim, Janet, Breuer...

Après le lien hystérie-démonologie du Moyen-Age, place au lien hystérie-astrologie. En effet, Mesmer, à la fin du XVIII^{ème} siècle, développe la théorie du magnétisme animal, en prenant comme référence de base l'astrologie. Selon cette théorie, l'hystérie serait due à un déséquilibre dans la circulation du fluide universel et le but serait de rétablir un état d'équilibre (Mesmer, 1766). Pour ce, il met en place une méthode, celle du baquet : il remplit un grand bac d'eau dans lequel il y plonge de longues tiges métalliques magnétisées, ces dernières sont en contact avec une vingtaine de femmes placées autour du baquet. Cette méthode a pour but de déclencher une transe somnolente (ou sommeil mesmérique) qui serait curative. Mesmer est le précurseur de l'hypnose : il est le premier, en 1779, à avoir fait la relation entre hystérie et magnétisme, ce qui va beaucoup influencer les travaux à venir sur

Cadre théorique : L'évolution du concept d'hystérie.

l'hystérie. Il a été considéré comme un charlatan et la commission royale nommée pour la circonstance lui interdit de poursuivre ces méthodes mais nombreux sont ceux qui vont s'appuyer sur ses travaux par la suite, comme par exemple Faria. Ce dernier, en 1819, a repris la méthode mesmérique en remplaçant le baquet par la parole : il introduit en quelque sorte l'hypnose par suggestion, idée qui sera reprise par la suite par Bernheim (1916). Donc bien qu'il fût interdit à Mesmer de poursuivre ses travaux, nous lui devons la découverte de la suggestion, de l'influence, ou en d'autres mots la découverte de l'entre-deux médecin-malade.

Charcot, dès 1862, entre en tant que neurologue à l'hôpital de la Salpêtrière, où il sera en contact avec des patients hystériques et épileptiques. Pour lui, l'hystérie est une pathologie organique d'ordre neurologique : il est alors le premier à donner à l'hystérie le statut de maladie. Il entreprend une étude neurologique où il va tout d'abord différencier l'épilepsie de l'hystérie. En 1882, il détecte des phases communes à tous ses patients : la phase épileptoïde, la période de clownisme, les attitudes passionnelles et le délire terminal. La période épileptoïde se caractérisait par une perte de connaissance, s'accompagnant d'une tétanie du corps, de secousses et mouvements désordonnés... La période de clownisme se repérait par des contorsions, des postures étranges comme par exemple un corps complètement courbé en arrière, ne reposant au sol que par la tête et les pieds. La période des attitudes passionnelles est une période au cours de laquelle les sujets hystériques miment diverses émotions, pouvant aller de l'érotisme, à la violence, en passant par l'extase. Enfin, lors de la dernière période dite de délire, les patients, en plus de vivre leurs visions et émotions par le biais de leur corps, les parlaient. C'est lors de cette dernière phase que les pensées et désirs les plus secrets peuvent émerger. A la fin de la crise, les hystériques reprennent conscience, pleurent, rient, le tout s'accompagnant de sécrétions en tout genre : sécrétions vaginales, urine, salive... Le mal s'évacuerait à travers ces sécrétions. Cette description de quatre grandes phases a grandement été critiquée. Il lui a notamment été reproché, en cherchant à repérer une ressemblance entre tous les cas d'hystérie, de provoquer ces phases : Bernheim (1916) parle de « *complaisance hystérique pour l'observateur* », le désir de l'hystérique étant le désir de l'autre. Les critiques sont également étayées par le fait que ces crises spectaculaires ont disparu après sa mort.

Dès 1882, Charcot pratique l'hypnose sur ses patientes hystériques, devant un public : les fameuses leçons du mardi et les conférences du vendredi. Il observe chez ses patientes hypnotisées un état modifié de leur conscience : il parle alors d'« *hystérie expérimentale* ». Il remarque également que sous hypnose les douleurs dont elles se plaignent habituellement disparaissent, comme par exemple, les boitements. Charcot différencie alors

les troubles moteurs dus à des lésions dynamiques hystériques, des paralysies dues à des lésions organiques. Il propose également trois formes de mise en état d'hypnose : la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme lucide. Il utilise la suggestion et la contre-suggestion, qui est possible selon lui uniquement sur des patients hystériques, comme l'hypnose, et qui lui permet de faire adopter à ces derniers des postures déclenchant émotions, sensations, hallucinations... Ceci le mène à conclure que la suggestion expérimentale peut devenir thérapeutique.

Une des idées innovantes de Charcot est celle de l'hystérie traumatique : l'hystérie serait causée par des événements traumatiques apparus plus tôt dans la vie du patient et s'étant enracinés dans la psyché jusqu'à leurs résurgences. Freud et Breuer, en 1893, conserveront cette notion en disant que les hystériques souffrent de « *réminiscences* » avant tout. Charcot ajoute qu'il faut un certain temps d'élaboration mentale inconsciente avant que le traumatisme ne se transforme en paralysie, convulsion ou toute autre manifestation somatique.

Ce neurologue a donc joué un rôle important dans les recherches sur l'hystérie et a été très influençant dans le domaine. Il peut toutefois lui être reproché de ne s'être intéressé que trop peu aux anamnèses de ses patientes. En effet, nous ne connaissons que peu de choses de celles-ci. Prenons, pour exemple, le cas qu'il a présenté le 17 janvier 1888, d'une femme souffrant d'une paralysie hystéro-traumatique, suite à une gifle qu'elle aurait donnée à son fils aîné. Charcot apprend que cette mère a perdu ses deux plus jeunes enfants mais il ne prendra pas en compte cette information, pourtant importante. Il s'intéresse surtout au coup donné, et non reçu comme dans la plupart des cas étudiés, ayant provoqué la paralysie. Une autre critique qui peut lui être faite est, qu'il cherchait parfois plus à expérimenter qu'à soigner.

La conception neurologique de l'hystérie a pris toute sa force avec les travaux de ce dernier. Swain (1997) dira que Charcot se trouve « au cœur de la grande transformation qui verra le passage, via l'intervention de l'hystérie neurologique, de la millénaire hystérie féminine, à la moderne hystérie psychique, déféminisée parce que généralisable ».

En 1909, Babinski, assistant de Charcot à la Salpêtrière, conçoit l'hystérie comme un état psychique qui permet au sujet de s'autosuggestionner. Selon lui, l'hystérie, pouvant être le produit de la suggestion, ne présente aucun intérêt pour la neurologie et l'exclut du champ du savoir et de l'intérêt des médecins. Il propose de remplacer le terme d'hystérie par celui de « *pithiatisme* »², du fait que l'état psychique pourrait être guéri par le biais de la persuasion.

2 Peitho, en grec, signifie « Je persuade ».

Cadre théorique : L'évolution du concept d'hystérie.

Selon Liebault (1866) et Bernheim (1916), contrairement à Charcot, l'hystérie naît de la suggestion. Ils se sont beaucoup intéressés à l'hypnose et à la suggestion. Ils hypnotisent leurs patients en ayant comme seul outil l'influence du psychisme et des mots. Pour eux, le but de l'hypnose est avant tout thérapeutique. Pour Bernheim (1916), l'hypnose est une sorte de sommeil provoqué par la suggestion : tout le monde pourrait être hypnotisé, pas seulement les névrotiques. Il dit d'ailleurs que tout le monde est potentiellement hystérique, cette pathologie étant liée à un traumatisme émotionnel. Bernheim introduit également la notion de transfert en disant que la relation patient/thérapeute joue un rôle dans le traitement et est sur la piste de l'inconscient lorsqu'il avance qu'il existe des processus psychiques échappant à la conscience.

Pour Janet (1889), pratiquant également l'hypnose, l'hystérie serait la conséquence d'une faiblesse de la capacité de synthèse psychique. Suite à des traumatismes émotionnels, les patients hystériques souffriraient d'un rétrécissement du champ de la conscience et d'un clivage de cette dernière : cette faiblesse psychique mènerait alors à un éclatement de la psyché en fragments, en idées indépendantes les unes des autres et ressortant dans plusieurs personnalités. Ces personnalités ne seraient pas contrôlées par les patients. Lorsque Janet parle des troubles hystériques, il décrit ces dédoublements de la personnalité, ainsi que les états hypnoïdes et les symptômes associatifs liés à des altérations de la conscience, de la mémoire et de l'identité. Pour Janet (1893), l'évènement traumatisant provoquant l'hystérie serait inconscient et suggère donc comme traitement, de les rendre conscients. Pour ce, il utilise la méthode d'abréaction cathartique. Cette méthode permet aux patients de se remémorer, par le biais de la parole, l'évènement traumatisant et de libérer les affects qui rendaient cet évènement traumatisant. Il conteste le caractère érotique associé à l'hystérie : pour lui, les hystériques ne sont pas plus obnubilé(e)s par la sexualité que les autres personnes.

En 1895, Breuer parle de l'état hypnoïde qui renvoie à un genre d'absence, d'auto-hypnose, favorisé par la rêverie diurne. Durant cet état hypnoïde, un affect ou une représentation ayant un caractère traumatique peut alors surgir dans la conscience sans aucune résistance. C'est cette nouvelle arrivée dans la vie psychique qui serait pathologique. L'objectif du traitement est de faire disparaître les symptômes en remontant jusqu'à la représentation pathogène et en la faisant verbaliser par les patients. Ces derniers seront comme délivrés. Cette méthode est appelée par Breuer « *catharsis* ». La catharsis consiste à hypnotiser des patients pour faire émerger des liens intrapsychiques omis. Sa célèbre patiente

Anna O, de son vrai nom Bertha Pappenheim, parle, elle, de « *talking cure*³ » et de « *chimney sweeping*⁴ ». Breuer constate également la disparition des symptômes hystériques sous hypnose. Cela serait dû au fait que sous hypnose, les émotions supprimées auparavant peuvent être extériorisées. Comme Janet, il n'accorde pas une grande importance à la sexualité dans l'hystérie.

3. De l'hypnose à aujourd'hui.

Freud (1895) s'est beaucoup inspiré de l'hypnose, ainsi que des travaux de Charcot et de Breuer. Freud et ce dernier ont d'ailleurs collaboré pendant plusieurs années, jusqu'à ce que leurs chemins se séparent suite à un désaccord sur l'importance accordée à la sexualité dans la névrose hystérique. Freud conserve, dans un premier temps, la méthode cathartique de Breuer et la dimension traumatique associée aux troubles hystériques de Charcot. Comme nous le verrons, dans le chapitre consacré à la psychanalyse, il va développer plusieurs théories sur l'hystérie et va, à partir de l'étude d'un cas d'une jeune femme hystérique, développer la psychanalyse et toute une conception psychanalytique autour de l'hystérie. Il va théoriser une hystérie de défense contre des affects déplaisants et une hystérie de rétention où les affects ne peuvent être révélés par l'abréaction. Il abandonnera ces termes pour parler d'hystérie d'angoisse, ayant une phobie pour symptôme central, et d'hystérie de conversion, se caractérisant par l'expression de représentations sexuelles refoulées à travers le corps.

Nous verrons que par la suite, plusieurs psychanalystes, comme par exemple Klein (1968), adhèrent aux théories freudiennes, tandis que d'autres auteurs proposent des théories différentes, comme Ferenczi (1919) ou bien encore Khan (1974). De nouvelles notions voient le jour, notamment la notion de « *structure hystérique* », introduite par Bergeret (1974). Celui-ci distingue une structure hystérique d'angoisse et une structure hystérique de conversion. De nouvelles approches apparaissent également comme par exemple en 1979, lorsque Merskey aborde l'hystérie sur un plan social, en s'intéressant tout particulièrement à la demande d'affection et d'approbation des sujets hystériques. Il introduit les notions d'« *hystérie de combat* » et d'« *hystérie post-traumatique* ». Pour ce dernier, la conversion est à associer à un contexte émotionnel et non sexuel.

3 « *talking cure* » peut être traduit par l'expression « cure par la parole ».

4 « *chimney sweeping* » peut être traduit par l'expression « ramonage de cheminée ».

Cadre théorique : L'évolution du concept d'hystérie.

Depuis quelques années, l'hystérie est vraiment mise à mal, à tel point que des auteurs renient son existence : des praticiens disent ne jamais recevoir de patients hystériques en consultation. En épluchant la littérature, nous pouvons constater la présence de plusieurs articles concernant cette pseudo-disparition de l'hystérie. C'est également une notion qui a totalement disparu des classifications internationales des troubles mentaux.

Bien évidemment, cet avis n'est pas partagé par tous et ceci ne fait que confirmer que l'hystérie, de sa naissance à aujourd'hui, a été, est et très probablement sera, toujours sujet de controverse.

4. La place de l'hystérie masculine dans l'histoire de l'hystérie.

Nous avons vu que durant l'antiquité, l'hystérie était considérée comme une pathologie associée aux femmes. Cette idée a longtemps perduré et perdure encore dans les esprits de certains. Les principaux cas présentés dans les manuels sont d'ailleurs des cas d'hystérie féminine, mais l'hystérie touche aussi bien les femmes que les hommes.

Ce chapitre montre comment les arguments contre la théorie utérine ont permis de démontrer une nouvelle origine de l'hystérie, pouvant ainsi concerner les femmes comme les hommes. En effet, nous pouvons remarquer un grand tournant au moment où le système nerveux et l'hystérie ont été liés, ceci pouvant scientifiquement prouver l'existence de l'hystérie chez les hommes.

A l'époque de Galien (II^{ème} siècle), la sexualité est au centre des explications de l'hystérie, la continence sexuelle en serait le facteur pathogène. Des cas de veuves ont été présentés. Ces dernières souffraient de rétention séminale et les remèdes, accompagnés de touchers des organes génitaux provoquaient des contractions à la fois douloureuses et à la fois plaisantes, ainsi que l'émission d'une sécrétion. Cette sécrétion séminale puis projection amènent Galien à associer l'hystérie aux hommes. Il est le premier à faire ce lien, ce qui va provoquer de nombreuses remontrances.

Mais c'est au XVII^{ème} siècle, que Le Pois (1618), médecin du duc de Lorraine, sera le premier à affirmer l'existence d'une hystérie masculine. Son argument est le suivant : l'hystérie siègerait dans le cerveau et non dans l'utérus, elle peut donc toucher aussi bien les femmes que les hommes. Il dit d'ailleurs que ce sont pratiquement les mêmes symptômes qui sont

observables chez les deux sexes et que ces symptômes proviennent « *de la tête* » et non de la matrice, de l'estomac ou autres organes. Il base sa théorie sur des maux têtes qu'il considérait comme des manifestations hystériques. Ceux-ci servirent d'arguments fiables pour défendre sa théorie étiologique et contribuèrent à l'élimination de toute implication de l'utérus dans la cause de l'hystérie.

Sydenham (1682) affirme lui aussi que l'hystérie est présente chez les hommes. Il parle de « vapeurs hypocondriaques » et non d'hystérie, afin de ne pas offusquer ses confrères. Hystérie et hypocondrie renvoient toutes les deux à une expérience de l'altérité du corps.

Au XIX^{ème} siècle, c'est à partir de nombreux entretiens cliniques de patients, notamment d'hommes, que Briquet (1859) a fait la description d'une symptomatologie hystérique et a également contredit toute existence d'une origine utérine. Il associe l'hystérie à une partie de l'encéphale destinée à recevoir les émotions associées à des conflits et déceptions. Cependant, Briquet restera assez sceptique quant à l'hystérie chez les hommes. Pour lui, il s'agirait plutôt d'une déviance de l'hystérie féminine et toucherait des hommes qu'il décrit comme sensibles.

Charcot (1871) présente des cas d'hommes hystériques et confirme l'existence de l'hystérie masculine qu'il nomme « *hystérie testiculaire* » en opposition à l'« *hystérie ovarienne ou ovarique* », en disant que l'hystérie apparaît chez des hommes robustes, frustes et forts, appartenant à la classe ouvrière et non forcément chez des hommes efféminés. Il associe cette hystérie masculine à un traumatisme. Pour lui, elle serait la conséquence d'un choc, d'une grande frayeur, avec le sentiment d'avoir été en danger de mort. Ces hommes présenteraient certaines prédispositions à la somatisation et des difficultés d'expression verbale, voire une dégénérescence. Il décrit ainsi le cas d'un jeune homme de 29 ans ayant vécu un choc physique sur la voie publique, qui après sa guérison, a manifesté une paralysie et une anesthésie des membres inférieurs. Pour Charcot, cet homme présentait des stigmates hystériques et il explique la paralysie et anesthésie, par le fait que le traumatisme émotionnel a provoqué un état hypnoïde durant lequel une autosuggestion aurait provoqué ces deux troubles. Il en conclut que la paralysie traumatique est une paralysie hystérique et que celle-ci est produite par l'autosuggestion d'un traumatisme. Toutefois, nous ne pouvons pas dire que Charcot admette réellement l'existence de l'hystérie masculine, bien qu'il dise le contraire, car il en fait une description bien différente de l'hystérie féminine et reste convaincu d'une zone hystérogène ovarienne, jusqu'au point où il a créé un appareil métallique pour compresser les ovaires de ses patientes hystériques. En aucun cas, il a confectionné un tel

Cadre théorique : L'évolution du concept d'hystérie.

appareil, un « compresseur testiculaire » ou a prôné l'ablation des testicules, contrairement aux nombreuses femmes hystériques qu'il a privées de leur utérus ou de leurs ovaires.

Les théoriciens suivants ont accepté l'idée d'une hystérie masculine bien que la majorité des cas présentés restent des cas de femmes. En 1880, Bourneville déclare que la théorie utérine doit être considérée comme « *définitivement renversée par la doctrine médicale contemporaine* ». L'hystérie, déféminisée, n'est cependant pas dissociée de l'organe sexuel car pour cet auteur, la pression du testicule ferait cesser toute crise d'hystérie chez les hommes. Il fait alors une analogie entre les zones hystérogènes des deux genres : les ovaires chez les femmes, les testicules chez les hommes. Mais Bourneville soutient tout de même que l'hystérie est la même chez les femmes et les hommes et ce serait dans ce but qu'il décrit une zone hystérogène chez les hommes hystériques.

Toutefois, le fait par exemple qu'il soit conseillé, à cette même époque, aux jeunes garçons efféminés, diagnostiqués hystériques, de jouer à des jeux de garçons, est la preuve que les préjugés sexistes sur l'hystérie demeurent malgré ces nouveaux apports théoriques.

En 1886, après avoir passé plusieurs mois aux côtés de Charcot, Freud apporte la notion d'hystérie masculine, lors d'une conférence devant la Société de médecine de Vienne, ce qui va faire l'objet de diverses polémiques. Ses interlocuteurs le défièrent de présenter un cas d'hystérie masculine. Bien que le défi fût relevé avec succès, Freud présenta un cas d'hémianesthésie hystérique chez un homme un mois plus tard, la perplexité demeura. Le versant sexualisé de l'hystérie est plus que prégnant dans les théories de Freud. Pour ce dernier, les symptômes hystériques seraient bisexuels, il s'agirait de l'union d'un fantasme sexuel inconscient féminin et d'un fantasme sexuel inconscient masculin. Il reprend les travaux de Charcot sur l'hystérie masculine et l'utilise comme « *modèle* » de l'hystérie, mais il distingue tout de même l'hystérie selon le sexe. La nature du traumatisme chez les hommes serait physique tandis que le traumatisme serait davantage psychique chez les femmes. Chez les hommes, il s'agirait d'un traumatisme unique mais puissant alors que ce serait une succession de petits traumatismes qui seraient la conséquence de l'hystérie chez les femmes.

Le lien hystérie-traumatisme a longtemps été fait. Durant les guerres, notamment suite à la seconde guerre mondiale, les psychiatres ont remarqué que les hommes étaient diminués, présentaient divers troubles psychologiques, liés à la violence qu'ils avaient vécue dans leur combat. Ils ont alors associé ce choc traumatique à l'hystérie masculine, qui selon eux,

résultait d'un traumatisme violent. Ceci leur permettait de la distinguer de l'hystérie féminine (Lerner, 2000).

Pour Israël (1976), le fait que les médecins n'aient jamais voulu reconnaître l'existence de l'hystérie chez les hommes est dû aux symptômes renvoyant trop fortement à une féminité exacerbée et de ce fait à un manque de virilité insupportable pour eux. C'est comme s'ils craignaient une réciprocité en retour d'un diagnostic d'hystérie masculine posé. Dans un article de 1987, il dit qu'aucune place n'est accordée au discours hystérique car il pourrait révéler « *le dérisoire des objectifs de l'homme, la misère de sa sexualité, ainsi que le néant de son bonheur* ». Pour lui, l'hystérie est « *un bastion de résistance au bonheur du masculin, le tout en langage poétique* ».

Encore maintenant, l'hystérie masculine reste, pour certains auteurs, en lien avec la féminité, une féminité refoulée par ces hommes hystériques. Les arguments de ces derniers renvoient aux fantasmes des hommes hystériques tournant autour de la grossesse et de l'accouchement par exemple. Bonnet (1991) dit que les femmes hystériques cherchent à entrer en contact avec l'homme hystérique en elles qu'elles refoulent, et inversement, les hommes hystériques cherchent à investir la femme hystérique en eux.

Klein (1921-1945) a lutté contre cette mauvaise association hystérie-sexe féminin. Pour elle, l'hystérie peut être associée au féminin mais non au sexe féminin. Elle montre que les troubles hystériques des hommes renvoient à la question de la différenciation des sexes, à la réactivation de l'angoisse de castration, à la réactivation des fantasmes homosexuels et à la problématique du féminin.

En 1985, Guillet publie un article dans lequel il s'interroge sur l'existence de l'hystérie masculine. Il introduit sa réflexion en disant que l'hystérie a souvent été mise en lien avec la question « *que veut une femme ?* ». Il en vient alors à dire que les hommes, plus que les femmes, s'interrogent sur le désir féminin. Pour répondre à ceci, les hommes se mettent à la place des femmes, utilisent leurs fantasmes de féminité pour imaginer ce que désirent les femmes. Ils en arrivent le plus souvent à la réponse : un homme. Parce qu'ils sont désirants, les hommes imaginent les femmes désirantes et craignent dès lors, de ne pas être à la hauteur des désirs des femmes.

Guillet distingue alors trois modes d'expression de l'hystérie masculine. Le premier renvoie aux névroses de guerre, aux accidents du travail et de la route. Le second fait

Cadre théorique : L'évolution du concept d'hystérie.

référence aux troubles somatiques de conversion, similaires à ceux observés chez les femmes hystériques. Toutefois, il note que la crise de colère clastique est plus spécifique aux hommes. Enfin, le troisième mode d'expression de l'hystérie masculine se repèrerait chez les hommes consultant des psychiatres pour des névroses dépressives, angoisses, difficultés relationnelles ou encore troubles de la sexualité. La symptomatologie dépressive serait fréquente chez les hommes hystériques, selon l'auteur. Elle se caractérise par quelques troubles de l'humeur liés à des problèmes professionnels ou sentimentaux, troubles s'accompagnant d'un sentiment de fatigabilité, de lassitude. Les troubles dépressifs s'accompagnent de troubles de la personnalité et troubles de l'identité sexuelle. Les hommes hystériques ont du mal à se considérer comme des êtres sexués, ce qui peut expliquer quelques difficultés relationnelles. Ils se demandent si ce sont bien des hommes et s'ils font bien l'homme. Bien qu'ils fassent part de difficultés sexuelles (impuissance, éjaculation précoce...), ce sont de réels séducteurs et ne renoncent en aucun cas aux relations amoureuses.

Guillet ne fait pas le lien avec l'hystérie chez les femmes, mais de nombreuses similarités entre femmes et hommes hystériques ressortent de ses propos, notamment les troubles de l'identité sexuée et les troubles de conversion

Une recherche menée par Rienzi et Scrams, en 1991, témoigne de l'impact des stéréotypes liés au genre sur la vision que les gens ont des différents troubles de la personnalité. Les auteurs ont demandé à 44 étudiants (31 femmes et 13 hommes) d'attribuer un genre aux descriptions de six troubles de la personnalité se trouvant dans le DSM III-R. Les résultats prouvent que la majorité des étudiants ont associé la personnalité histrionique et dépendante au genre féminin. Ceci est la preuve que même à la fin du XXème siècle, les préjugés sexistes demeurent.

Au début du XXIème siècle, Lubbe (2003) s'intéresse également au diagnostic d'hystérie masculine, plus particulièrement au donjuanisme, et en propose une description en s'appuyant sur l'étude d'un cas. Cet auteur associe certaines formes d'hypersexualité présentes chez les hommes à l'hystérie. Il relève chez son patient une répétition de scénarii, qu'il associe à une théâtralisation de la scène primitive, où le patient prendrait la position du père œdipien. Les conduites sexuelles compulsives de ce « Don Juan » révéleraient l'absence et l'évitement de confrontation à une séparation ne s'inscrivant pas dans une dynamique triangulaire, car cela renverrait, selon Lubbe, à des séparations vécues comme une angoisse de séparation pré-œdipienne et une angoisse d'exclusion œdipienne précoce. Cette double

angoisse serait si effrayante pour certains hommes, que cela expliquerait pourquoi ces derniers se tournent vers l'hystérie.

Plus récemment, Pommier (2014) s'intéresse aussi à l'hystérie masculine. Il lie hystérie et traumatisme provoqué par le « *désir du père* », d'un père castrateur, qui féminise la masculinité phallique première et ayant pour objet de désir, la féminité. Garçons et filles vont alors débiter leur vie dans une jouissance d'organe pénienne ou « *clitoridienne masculine* » mais la violence du désir du père les féminise, c'est la castration.

Ce psychanalyste distingue hystérie masculine et hystérie féminine. Dans l'hystérie masculine, il y a un refoulement de la féminité pouvant s'exprimer par le questionnement suivant : « *Suis-je bien masculin (plutôt que féminin), alors que j'ai choisi d'être un homme ?* ». Il y oppose l'hystérie féminine, qu'il associe à l'interrogation suivante : « *Suis-je bien sur le chemin de devenir une femme, alors que mon point de départ est masculin ?* ». Le sujet s'orientera vers l'une de ces deux questions, selon le choix de genre sexuel qu'il aura fait au départ. Ainsi, femmes et hommes peuvent choisir l'hystérie féminine ou masculine. Cela nécessite de faire la différence entre les termes « *femme* », « *homme* », « *féminin* » et « *masculin* », les deux premiers renvoyant à l'anatomie, les deux derniers, à un choix psychique. Donc, comme dit précédemment, l'hystérique tend à commencer du côté de la féminité pour répondre au « *désir du père* », ce dernier préférant les femmes, mais la répression de la jalousie masculine repense le fonctionnement. Ainsi, l'hystérie masculine se distingue de l'hystérie féminine, par sa violence contre le féminin, par sa résistance à l'hystérie féminine, sa tendance psychopathique, son recours à des idéaux guerriers, de domination, afin de lutter contre le féminin. Le désir du père est plus perceptible dans l'hystérie féminine. Pommier ajoute que la « *crise hystérique masculine* » survient lorsque le féminin va reprendre le dessus, est la conséquence de l'angoisse d'avoir un père qui désirerait le féminiser.

Pommier s'intéresse également aux ressemblances entre hystérie féminine et masculine. Elles sont, entre autres, les suivantes : le point d'ancrage dans le féminin comme dit précédemment ; l'angoisse de castration ; le traumatisme du désir du père ; le fantasme de séduction ; la conversion de l'angoisse en symptômes, suite à un sentiment de culpabilité ; la « *crise hystérique* » survenant à cause de la répétition d'un premier traumatisme, celui du désir subjectif ; l'opposition du masculin et du féminin alimentant la « *crise hystérique* ».

Résumé du chapitre I: L'évolution du concept d'hystérie: de sa naissance à aujourd'hui.

L'hystérie est une notion ancienne, ayant toujours été au centre de nombreuses controverses. Selon les époques, les cultures et les théoriciens, il a été attribué à l'hystérie différents facteurs pathogènes, diverses définitions et nosographies.

A l'antiquité, l'hystérie était considérée comme une maladie féminine, liée à l'utérus. Puis, quelques siècles avant J. C., elle a été associée à la continence sexuelle. A l'ère du christianisme, sorcellerie, hystérie et femmes sont associées. Le lien entre hystérie et religion perdurera durant plusieurs années, jusqu'à ce que des théories neurologiques s'ajoutent aux théories sexuelles, à l'époque de la Renaissance. C'est à partir du XVI^{ème} siècle seulement que l'hystérie commence à être reconnue comme une maladie de l'esprit. Au XVIII^{ème} siècle, le terme de « *névrose* » est introduit. A la fin du XVIII^{ème} et au XIX^{ème} siècle, les explications psychologiques et neurologiques de l'hystérie cohabitent. Commencent à être évoquées les notions d'évènement traumatisant, refoulement de cet évènement causé par un désir sexuel, demande d'amour... Cette période se caractérise également par le développement de la pratique de l'hypnose, suivi par le développement de la psychanalyse. Nombreux apports, nombreuses théories sur l'hystérie vont alors voir le jour.

L'origine utérine a donc été bannie au fil des siècles et l'hystérie a été progressivement associée au féminin mais non au sexe féminin, à la question de la différenciation des sexes, à la réactivation de l'angoisse de castration ou encore à la problématique du féminin.

II – L'hystérie et la psychiatrie.

L'hystérie, d'un point de vue psychiatrique, est abordée en termes de symptômes, de troubles ou encore de pathologie. Des manifestations somatiques ou symptômes de conversion sont décrits dans les nosographies des troubles mentaux, ainsi que des manifestations psychiques, liées à la personnalité histrionique.

Il est effectivement associé à l'hystérie, une hyper-expressivité somatique, des conflits psychologiques s'exprimant par la voie somatique. Dans cette pathologie : c'est le corps qui s'exprime. Dubois (1904) déclare que l'hystérique est comme « *une actrice en scène* », ignorant qu'elle joue car elle croit réellement à la réalité des situations.

1. Les symptômes hystériques⁵.

a) *Les symptômes somatiques ou de conversion.*

Aujourd'hui, les crises paroxystiques décrites par Charcot (1882) ont disparu pour laisser place à des manifestations paroxystiques plus mineures telles que des crises d'agitation, des évanouissements, des tétanies, des crises extrapyramidales (tremblements, pleurs, hoquets, éternuements, secousses musculaires, tics) ou bien encore des léthargies.

Les hystériques peuvent également présenter des troubles moteurs, tels que contractures, spasmes ou paralysies. Ces dernières peuvent être généralisées (hémiplésies ou paraplésies) ou localisées (monoplésies). Elles peuvent être fonctionnelles, c'est-à-dire qu'un mouvement, comme la marche, ou une fonction, comme la voix, est touché. Les contractures et les crampes peuvent toucher aussi bien une partie du corps que des organes.

Les hystériques peuvent aussi présenter des troubles sensitifs tels que des anesthésies ou hyperesthésies. Selon les parties du corps, ces patients ne ressentent rien ou au contraire

⁵ La description faite des symptômes somatiques et psychiques et des traits de personnalité hystérique s'appuie principalement sur la description proposée par Grebot, E. (2002). Repères en psychopathologie. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Cadre théorique : L'hystérie et la psychiatrie.

avec exagération. Il n'est pas non plus rare que les modalités sensorielles soient atteintes, que partiellement ou totalement. Nous pouvons donc voir des hystériques se plaindre de troubles de la vision ou de l'audition ou encore des hystériques devenir muettes...

Enfin, des troubles neurovégétatifs peuvent s'observer. Ils renvoient aux spasmes, aux troubles cardio-respiratoires, intestinaux, urinaires ou encore gynécologiques.

Ces troubles moteurs, sensitifs ou encore neurovégétatifs témoignent de l'hystérie, lorsqu'il n'y a aucune cause organique à ces symptômes somatiques. Ils sont la création des patients, bien qu'ils soient observables et apportent une gêne dans le quotidien. Une autre caractéristique des symptômes de conversion est qu'ils peuvent être réversibles. Enfin, la symptomatologie est fonctionnelle et non lésionnelle. Si des troubles somatiques sont reconnus, des plaintes disproportionnées par rapport à ce qui est observable dans l'histoire de cette maladie, permettra la confirmation de manifestations hystériques.

Les symptômes de conversion surviendraient principalement lors de situations de tension psychologique (rupture amoureuse, relation conflictuelle au sein du couple, deuil, accident...). Les symptômes les plus aigus disparaissent relativement rapidement, la structure de personnalité restant bien sûr la même.

b) Les symptômes psychiques ou troubles dissociatifs.

Les symptômes psychiques, quant à eux, peuvent concerner la mémoire : les hystériques ne parviennent pas à se souvenir de toute leur histoire. Cette amnésie peut être momentanée ou permanente et peut être sélective (elle concerne un domaine ou type d'évènements particuliers), lacunaire (elle concerne une période de la vie) ou généralisée (elle concerne alors la vie entière). Les oublis sont parfois cachés par des illusions mnésiques ou des fabulations.

Les troubles de la sexualité peuvent faire partie du tableau clinique de l'hystérie. Ils se manifestent par une insatisfaction sexuelle : frigidité chez les femmes et impuissance ou éjaculation précoce chez les hommes.

Une tendance à la dépression est également observable. Ce trouble de l'humeur est causé par des déceptions relationnelles. Les hystériques étant dans la théâtralisation, il est difficile de repérer les épisodes dépressifs, mais il faut toutefois être vigilant car ces épisodes peuvent parfois mener à des tentatives de suicide. Ces dernières ont notamment lieu lors de rupture amoureuse car la perte de l'objet d'amour réactive la perte du premier objet d'amour œdipien. Cette réactivation rend le travail de deuil que plus difficile.

Des troubles de la conscience et de la vigilance peuvent aussi apparaître avec les troubles dissociatifs, ainsi que du somnambulisme.

Selon les ouvrages, les notions de « *fugue psychogène* », « *dépersonnalisation* », ou encore « *personnalité multiple* » se retrouvent. Ces troubles se manifestent plus rarement. La fugue psychogène est le départ brusque du domicile avec une incapacité à se souvenir du passé. La personnalité multiple désigne la présence de plusieurs personnalités, apparaissant à des moments précis, chez une même personne.

Les symptômes somatiques et psychiques ont souvent un caractère spectaculaire, théâtral. Ils sont sensibles à la suggestion. Devant un « public », ils sont décuplés, ce qui témoigne de la labilité du symptôme. Israël (1976), en faisant référence à la « *Belle indifférence* », soulignait d'ailleurs l'inconstance des plaintes. Il disait que les sujets hystériques pouvaient se plaindre d'une multitude de maux, de douleurs et subitement, ne plus y penser et parler de choses sans aucun lien aux symptômes. Enfin, l'ensemble de ces symptômes présente un caractère symbolique.

2. Les traits de personnalité hystérique.

Dans les classifications des troubles mentaux, nous retrouvons le terme de « *personnalité histrionique* ». Notons, comme Israël (1983) le soulignait, que le terme « *histrionisme* » est un néologisme, l'histrion étant un mauvais comédien jouant des farces bouffonnes. Une nuance péjorative de mépris y est associée.

Les sujets histrioniques sont décrits comme des personnes cherchant à attirer l'attention sur eux, adoptant alors des comportements, une apparence physique et un discours qui leur permettent de se faire remarquer. Le théâtralisme est une des caractéristiques de l'hystérie. Les hystériques étant dans l'excès, l'exagération, sont parfois perçus comme faux, comme manquant d'authenticité. Ils jouent une multitude de rôles, ce qui empêche une réelle rencontre avec autrui. Le mensonge est d'ailleurs souvent associé à l'hystérie.

Les hystériques veulent plaire, séduire et accordent beaucoup d'importance à ce qu'autrui pense d'eux, ont besoin de reconnaissance. Ils doutent de leur propre valeur et ont donc besoin d'être rassurés systématiquement. Ces personnes recherchent une protection, de la sécurité. Ils sont également dans une quête, voire une dépendance, affective : une séduction constante et une érotisation des relations caractérisent le comportement hystérique. Une

Cadre théorique : L'hystérie et la psychiatrie.

réponse favorable à leur séduction provoque fuite ou rupture. Il y a donc une ambivalence dans le comportement des hystériques : séduction et fuite à la fois. Les hystériques, n'ayant pas réalisé leur complexe d'Œdipe, charment dans le but d'être aimés (attente infantile) mais redoutent la réalisation sexuelle. Leur quête affective est immense, érotisée et culpabilisée.

La suggestibilité est très présente dans l'hystérie. Elle se traduit par des changements de rôles, d'opinions, selon les interlocuteurs, par des attachements à la moindre personne leur portant de l'intérêt. Nous pouvons également parler de labilité émotionnelle, leurs émotions fluctuant énormément. Les hystériques ne cachent pas leurs émotions, expriment ouvertement et grandement leurs affects.

Enfin, une tendance à la rêverie peut être présente dans la névrose hystérique. Leur monde imaginaire n'est pas de l'ordre du délire, mais plus de la mythomanie.

3. L'hystérie dans les classifications des troubles mentaux.

En 1980, les termes « *hystérie* » et « *névrose* » disparaissent du *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM III*. Cela s'explique par le fait que ces termes étaient jugés comme trop psychanalytiques et manquant de précision. En effet, les classifications des troubles mentaux se veulent athéoriques et descriptives. Dans les années 1960, l'école de Saint-Louis suggère de remplacer les termes psychanalytiques par des symptômes cliniques objectifs et observables par tous. La notion d'hystérie n'échappe donc pas à cette nouvelle règle et est remplacée par plusieurs symptômes. Coudurier (2005) met toutefois en avant le recours à des références comportementalistes et de ce fait prouve que le DSM n'est pas si athéorique qu'il le prétend.

Le DSM III adopterait ce principe pour renforcer l'objectivité et la fidélité inter-juge (Debray, Branger & Azay, 1999). Une autre explication pouvant être donnée, concerne l'abus de la pose du diagnostic d'hystérie : il s'agit d'un diagnostic qui était posé la plupart du temps inconsidérément. La connotation péjorative associée à l'hystérie, le manque de relations concrètes entre personnalité hystérique et symptômes hystériques, ainsi que l'expansion du courant féministe font également parti des causes pouvant expliquer la disparition du terme « *hystérie* » des nosographies actuelles (Lemperière, Feline, Gutmann, Ades & Pilate, 1998). Nous pouvons également ajouter que les personnes de structure hystérique ne consultent que très peu, pour ne pas dire jamais, de psychologues, psychiatres..., les professionnels ont cru en la disparition de l'hystérie et l'ont alors supprimée des classifications des troubles mentaux.

Le terme « hystérie » a ainsi été remplacé, dans les nosographies psychiatriques, par plusieurs troubles.

Dans la dernière version du *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* : le **DSM V**⁶ (2013), les symptômes de l'hystérie d'ordre corporel se retrouvent dans la catégorie des « *Troubles à symptomatologie somatique et apparentés* » : F45.1 [300.82] Trouble à symptomatologie somatique. Les troubles de conversion font référence, dans cette nouvelle édition, à des troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle, ce qui écarte alors toute référence psychologique.

Tandis que les troubles psychiques sont associés aux troubles dissociatifs suivants :

- F44.0 [300.12] Amnésie dissociative
- F44.1 [300.13] Fugue dissociative
- F44.81 [300.14] Trouble dissociatif de l'identité
- F48.1 [300.6] Dépersonnalisation/déréalisation
- F44.89 et F44.9 [300.15] Autre trouble dissociatif spécifié

Delage (2002) souligne que, comme la symptomatologie de l'hystérie, la personnalité hystérique a volé en éclats dans les classifications. La personnalité s'apparentant le plus à l'hystérie est la personnalité histrionique : F60.4 [301.50]. La description a été modifiée avec la réédition de cette classification mais nous pouvons lire dans les éditions précédentes : « *Attitude de victime, ou de princesse, comportement hyper-réactif, accès irrationnel de colère ou de mauvaise humeur, tentative de suicide à visée manipulatrice, recherche de réassurance, action inconsistante, égocentrisme, vanité, exigence. La qualité réelle de leurs relations sexuelles est variable. Certaines sont volages, d'autres ingénues et frigides, mais d'autres encore ont une adaptation sexuelle apparemment normale* ». Plusieurs aspects de cette définition sont fortement dérangeants, comme l'utilisation du féminin ou encore de la notion de normalité. Comme Canguilhem le disait en 1943, il ne faut pas confondre la normalité avec la normativité. La normalité est singulière, l'individu est le seul à pouvoir juger de sa normalité et ce qui vaut pour un sujet, ne vaut pas systématiquement pour un autre, donc parler d'une « *adaptation sexuelle apparemment normale* » peut être inapproprié. De plus, il s'agit d'une définition faisant peu preuve de « *scientificité* », contrairement à ce que les auteurs prétendent.

Pour Delage (2002), la personnalité hystérique se retrouve également dans la

6 Voir l'annexe 1, p 439 : Critères diagnostiques du DSM V.

Cadre théorique : L'hystérie et la psychiatrie.

personnalité dépendante et partage certaines similitudes avec les personnalités narcissiques et état-limites. Les particularités de la personnalité hystérique seraient : l'hyper-expressivité des affects, la demande affective et une vie imaginaire intense.

Notons également que la grande majorité des analyses factorielle ne confirme pas la concordance entre les symptômes hystériques et la personnalité histrionique.

Dans la **CIM 10**⁷ (2000), les symptômes moteurs et psychiques sont regroupés sous la dénomination de : Troubles dissociatifs (de conversion). Les troubles somatoformes, ainsi que la personnalité histrionique sont également décrits dans cette classification.

L'athéorisation des classifications ne laisse que peu de place aux dimensions sexuelles, relationnelles ou encore à l'inconscient, pourtant au cœur de l'hystérie et ne donne donc pas d'explications latentes aux manifestations somatiques.

Il peut être important de préciser que le DSM V fait face à de nombreuses critiques. Il lui est notamment reproché de créer de nouvelles pathologies, ce qui peut avoir pour conséquence de mettre inutilement des personnes sous traitement médicamenteux, le plus souvent aux effets secondaires indésirables nombreux. De plus, dans cette nouvelle version du DSM, le nombre de critères pouvant conduire à la pose d'un diagnostic a été réduit.

4. Diagnostic différentiel et comorbidité.

L'éclatement de l'hystérie en plusieurs troubles, sa ressemblance avec certaines pathologies organiques, physiologiques, les différentes formes qu'elle peut prendre, rendent la pose du diagnostic difficile aux psychiatres. Ces derniers peuvent la repérer alors en abondance ou inversement la méconnaître. S'ajoutent à ces difficultés, le fait que l'hystérie puisse s'accompagner d'autres troubles, tels que des troubles dépressifs ou anxieux : il s'agit de la comorbidité. En effet, dans la pratique courante, il est rare d'observer des cas cliniques « purs » comme nous avons l'habitude de les voir dans les descriptions des différents manuels de psychopathologie.

Pour effectuer le diagnostic différentiel, il faut distinguer l'hystérie des autres troubles

7 Voir l'annexe 2, p 441 : Critères diagnostiques de la CIM-10.

engageant le corps, tels que les troubles organiques, les manifestations psychosomatiques, l'hypocondrie, les pathomimies... Il faut également repérer s'il s'agit de simulations volontaires du patient. Ceci peut parfois être rendu difficile par le fait que les hystériques miment ces autres pathologies.

Il faut également la différencier de certaines pathologies psychotiques comme les psychoses aiguës ou transitoires ou bien la schizophrénie où il peut y avoir des plaintes somatiques. En 2014, Douville, en s'interrogeant sur l'existence d'une clinique sexuée de la névrose hystérique, relève, chez les hommes hystériques, un refus de la castration maternelle et indique que l'identification au père impuissant puis au père implacable serait plus marquée dans l'hystérie masculine. Ces identifications pourraient apparaître dans des pseudos-délires de persécution, de possession ou encore de manipulation. Douville nous met alors en garde sur des diagnostics de paranoïa ou de manie qui pourraient être posés hâtivement à la vue de ces pseudos-délires. Cette mise en garde est d'autant plus importante que l'hystérie masculine reste peu connue. La présence de discordance orientera le diagnostic vers la psychose, la principale différence entre névrose et psychose concernant le rapport à la réalité : les patients de structure névrotique sont bien ancrés dans la réalité, contrairement aux patients psychotiques.

Notons toutefois que la psychose hystérique existe. Elle se caractérise par une rupture avec la réalité. Les personnes atteintes de psychose hystérique sont comme absorbées dans un rêve, elles voient et entendent des choses provenant de leur monde intérieur, de fantasmes... Ce trouble apparaît la plupart du temps à la suite d'un violent traumatisme psychique et ne dure que quelques jours.

Il est à noter que l'identification est la stratégie des hystériques et devient la principale façon d'être. De ce fait, les limites entre l'hystérie et les autres pathologies sont parfois minces. Les personnalités multiples sont issues des mécanismes identificatoires de l'hystérie (Debroux, 2009).

Delage (2002) précise que la conversion peut s'observer dans des contextes extérieurs à celui de l'hystérie et que la personnalité hystérique peut décompenser autrement que le décrivent les classifications internationales des troubles mentaux et peut ainsi se retrouver dans des cas de troubles anxieux, d'états anxio-dépressifs, ou encore dans des conduites pathologiques comme l'alcoolisme ou la tentative de suicide. Ceci peut alors contribuer aux difficultés rencontrées lors de la pose du diagnostic d'hystérie.

Résumé du chapitre II : L'hystérie et la psychiatrie.

L'hystérie, d'un point de vue psychiatrique, est abordée en termes de symptômes, de troubles ou encore de pathologie, car les conflits psychiques inconscients s'expriment symboliquement en des symptômes corporels et/ou psychiques variés.

Plusieurs symptômes sont alors décrits :

- des symptômes de conversion, tels que des crises paroxystiques, des troubles moteurs, des troubles neurovégétatifs ou encore des troubles sensitifs, n'ayant aucune origine organique.
- des troubles psychiques ou dissociatifs, alternant la mémoire, la sexualité ou encore la thymie et la vigilance.

La personnalité hystérique, également décrite, se caractérise notamment par le théâtralisme, le besoin de plaire, le recours à la séduction, la quête affective, la suggestibilité, ainsi que la labilité émotionnelle.

Depuis 1980, les termes « *hystérie* » et « *névrose* » ont disparu des classifications des troubles mentaux, ces termes étant considérés comme trop psychanalytiques et manquant de précision. L'hystérie se retrouve alors morcelée en plusieurs troubles, pas toujours représentatifs ou caractéristiques de cette structure de personnalité, et la pose de son diagnostic, n'est rendue que plus difficile.

III – L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

Pour introduire ce chapitre sur l'hystérie d'un point de vue psychanalytique, voici une brève définition des névroses, l'hystérie en faisant partie. La névrose est une affection psychogène, sans rupture avec la réalité. Ses manifestations sont l'expression symbolique d'un conflit inconscient trouvant son origine dans l'histoire infantile de la personne et établissant un compromis entre le désir et la défense. De nos jours, sont considérées comme névrose, l'hystérie, la névrose obsessionnelle et la névrose phobique.

1. Les théories freudiennes.

Tout au long de son œuvre, Freud a théorisé sur l'hystérie, a élaboré toute une conception psychanalytique autour de cette notion et a notamment théorisé le complexe d'Œdipe à travers le cas de Dora. Ses publications ont beaucoup évolué au cours du temps et ont permis à l'hystérie d'être considérée comme un trouble psychogène et comme une névrose structurée de niveau œdipien et non plus comme une affection neurologique. La constante qui se retrouve dans ses théories est le rôle qu'il attribue à la sexualité. Dès les prémises de ses théories, la sexualité est présente. Il doit cette base à trois hommes : Breuer qui parle de « *secret d'alcôve* » en 1895, Charcot qui évoque le rôle de « *la chose génitale* » en 1885, et enfin Chrobak qui, en 1887, prescrit aux hystériques « *Penis normalis dosim repetatur*⁸ ». Pour Freud (1895), l'hystérie serait due à une insatisfaction sexuelle, à l'impuissance, la neurasthénie du mari qui produit une rétention de l'excitation lors du coït. Toujours en faisant un parallèle avec la sexualité, il dit en 1905, que « *Nous sommes tous un peu hystériques* » car la sexualité infantile prégénitale entretient une potentialité hystérique constante à produire des symptômes, chez n'importe quel individu.

⁸ « *Penis normalis dosim repetatur* » peut se traduire de la façon suivante : Un pénis normal à dose répétée.

a) *La théorie de la séduction, la théorie du fantasme, le refoulement...*

En 1895, Freud propose une première théorie sur l'hystérie : la théorie de la séduction ou neurotica, où il octroie une place importante à un traumatisme sexuel qui serait survenu durant l'enfance. C'est le refoulement de ce traumatisme sexuel infantile qui serait à la base de l'hystérie. Durant l'enfance, les hystériques auraient été l'objet d'une séduction, voire d'abus sexuels, de la part d'un adulte, le plus souvent d'un père décrit comme pervers et incestueux : ceci formerait alors le traumatisme pathogène. Cet incident sexuel primaire survenu précocement s'accompagne de dégoût et d'effroi. Par le biais des symptômes, les hystériques revivraient l'évènement traumatique. Avec le cas Katharina, où l'effet pathogène du traumatisme sexuel est bien représenté, Freud aborde les notions de « *phénomènes d'après coup* » et de « *répression névrotique* », proche de la notion de refoulement. Le phénomène d'après-coup renvoie au fait que l'évènement traumatique prend un sens pour le patient seulement dans un second temps, dans un contexte ultérieur. En effet, Freud insiste bien sur le fait que la séduction reste sans effet sur le moment, insiste sur une intériorisation de ce moment et ce serait la trace mnésique inconsciente du traumatisme sexuel infantile qui provoquerait la symptomatologie hystérique. Ce seraient des symboles mnésiques, comme par exemple ceux qui se jouent dans la conversion, qui transformeraient les impressions de l'enfance en les accentuant fortement. Le ressenti traumatique est alors plus fort que l'expérience traumatique elle-même que les sujets ont vécu moins violemment. Les hystériques souffrent donc de souvenirs inconscients du traumatisme et d'affects survenus ou qui auraient dû surgir et n'ayant pas été abrégés.

À cette période, Freud reconnaît beaucoup d'avantages à l'hypnose car elle permet d'extérioriser le traumatisme pathogène refoulé. Elle permet également d'éclaircir les relations entre les symptômes et les troubles hystériques, permet la mise en évidence et l'abréaction du traumatisme et des émotions pathogènes, ce qui entraîne l'extinction des symptômes. Il abandonnera néanmoins cette méthode car selon lui, l'hypnose peut mener à l'effacement des souvenirs.

Freud repère dans l'hystérie une accumulation de tension sexuelle psychique. La notion de libido sexuelle, associée au désir psychique, apparaît dans ses travaux dès 1895. Le symptôme serait la symbolisation d'un conflit psychique qui se ferait par le biais de la libido. Celle-ci n'étant pas extériorisée, devient, sous l'effet d'un traumatisme sexuel, une angoisse. Le traumatisme sexuel ne sera plus pathogène lorsque les affects associés seront abrégés. Il

comprend ultérieurement que le traumatisme est interdit par le désir qu'il a provoqué, donc que le traumatisme ne serait pathogène qu'après coup.

Quelques années plus tard, dans ses correspondances avec Fliess, Freud (1897) revient sur sa théorie de la séduction⁹, abandonne une conception trop réductrice et décrivant un père pervers, pour proposer la théorie du fantasme, théorie reposant sur le refoulement et sur une résolution du conflit œdipien difficile. Le fantasme sexuel ne concerne plus uniquement le père mais les deux parents. Freud va en effet faire le lien entre les fantasmes de la scène primitive et l'hystérie et admet le caractère œdipien de la névrose. Il associe la séduction supposée d'un adulte, souvent du père, au complexe d'Œdipe et conclut alors que l'hystérie ne repose pas sur des événements traumatisants réels mais sur des fantasmes, notamment celui d'être séduite par le père. Ceci donne naissance à sa seconde théorie selon laquelle la névrose hystérique se caractérise par une non-résolution du conflit œdipien, avec une fixation phallique. Durant l'enfance, les fantasmes œdipiens sont refoulés dans l'inconscient, mais à l'adolescence ou l'âge adulte, un retour du refoulé, provoqué par la réactivation de la pulsion sexuelle, est observable. Le complexe œdipien refait surface et l'hystérique a alors une sexualité génitale, considérée comme incestueuse. Ce souhait de réaliser le complexe œdipien explique ce besoin d'affection et de séduction, ainsi que l'érotisation, car l'amour associé au complexe œdipien reste inassouvi. Le Surmoi se sent coupable de cette séduction et cette culpabilité explique la fuite des hystériques lorsque la séduction aboutit.

Freud et Breuer (1895) repèrent également une part de dépression et de folie dans l'hystérie, notamment en étudiant le cas d'Anna O. Ils constataient deux états bien distincts, alternant de manière imprévisible. D'un côté, la patiente reconnaissait son entourage, était triste, anxieuse et avait un comportement « *normal* », ce qui peut renvoyer au versant dépressif et parfois, elle avait des hallucinations, devenait « *méchante* », ce qui renvoie là, au versant de la folie. Ces hallucinations constituaient une plainte lors de ses moments de lucidité. Lors des instants de folie, le mécanisme de défense dominant n'était plus le refoulement mais la projection délirante, créant les hallucinations. Pour Freud, l'hystérie pouvait mener à la folie, il a d'ailleurs parlé de « *psychose hystérique* ».

⁹ Freud abandonne la *neurotica* et propose, en 1920, une nouvelle catégorie nosologique : la névrose traumatique. Le tableau clinique de celle-ci est proche de celui de la névrose hystérique avec des symptômes moteurs similaires mais se distingue par des signes prononcés de souffrance rappelant l'hypocondrie ou la mélancolie.

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

Freud introduira également les notions d'« *inconscient* » et de « *refoulement* ». Au début, il se contente de parler de clivage de la conscience, de souvenirs inconscients qui reviennent, d'idées abandonnées dans une autre partie de la conscience. En 1895, il certifie le rôle du refoulement dans l'hystérie. Le refoulement va être le moyen utilisé inconsciemment par les hystériques pour se protéger du danger œdipien. Il est le mécanisme de défense le plus présent dans l'hystérie : il peut être complet ce qui mène à une amnésie des affects du patient, Freud parle alors de la « *belle indifférence* », ou incomplet s'il échoue. L'échec du refoulement est fréquent chez les hystériques.

En 1896, Freud parle de « *retour du refoulé* » : les représentations refoulées apparaissent sous forme de symptômes ou bien encore sous forme de rêves, d'actes manqués, de lapsus... La conversion somatique mène à la neutralisation de l'angoisse. Le symptôme hystérique devient alors le symbole mnésique de fantasmes sexuels inconscients car refoulés. Freud trouve dans le symptôme hystérique une dimension bisexuelle : le symptôme serait un compromis entre deux pulsions ou deux fantasmes, l'un hétérosexuel, l'autre homosexuel. Il considère que le symptôme naît en fait de l'échec du refoulement et du retour du refoulé.

En 1923, Freud dit que le conflit de la névrose se trouverait entre le Moi et le Ça : le Moi, dépendant de la réalité, doit refouler les désirs infantiles. Puis en 1926, il reviendra sur ses dires et situera le symptôme et l'angoisse du côté de la défense et du refoulement, et non plus du côté de la pulsion : l'angoisse serait alors à localiser dans le Moi.

Une autre des notions apportées par les théories freudiennes est celle de l'identification. L'identification est le fait que le Moi s'approprie les qualités psychiques d'un objet. Freud différencie les identifications primaires, constitutives d'un noyau stable et d'une continuité du Moi, des identifications secondaires, changeant tout au long de la vie. Les identifications hystériques appartiendraient à cette deuxième catégorie. Elles sont d'une grande labilité, se caractérisent par des imitations caricaturales, une dimension théâtrale et la présence de plusieurs identifications contradictoires. Dans le cas de Dora, le catarrhe de la jeune fille renvoie à l'identification à la douleur de sa mère. Quant à sa toux, elle révèle l'identification à son père. Freud note que dans l'hystérie, la construction de l'identité est indissociable du désir objectal. Pour les hystériques, ressembler à l'objet aimé est une façon de l'aimer. En effet, chez les hystériques, l'identification peut être que partielle ou multiple, ce qui explique une difficulté à avoir un sentiment d'identité précis et une recherche d'identité féminine chez les patientes. Pour pallier leur crainte sur leur identité sexuelle ainsi que leur

inquiétude à être aimées, désirées, les femmes hystériques adoptent des comportements de séduction. Freud explique que dans l'hystérie, tous les investissements amoureux objectaux sont des identifications où les patients idolâtrèrent les autres dans le but de restaurer leur propre consistance identitaire. Il précisera que ce sont les identifications à la personne haïe qui provoque la formation du symptôme hystérique. Il ajoute que l'homosexualité inconsciente et la bisexualité psychique se retrouvent aussi bien chez les hommes hystériques que chez les femmes hystériques, venant renforcer l'incertitude de leur identité sexuée et alimentant un conflit entre des comportements féminins et masculins.

Freud a utilisé et proposé différentes méthodes thérapeutiques, tout au long de ses travaux. En 1889, à partir du cas Emmy Von N., il commence à introduire la méthode de la libre association lorsqu'il remarque que les contre-suggestions mènent parfois à un arrêt du discours. Il utilisera réellement cette technique avec sa patiente Elisabeth Von R. lorsque cette dernière refusera l'hypnose. Il accorde également de l'importance au transfert et à la résistance. Il remarque en 1892 qu'Elisabeth Von R. repousse quelques idées, ce qui le mène à des concepts de résistance, de mécanismes de défense. Il trouve nécessaire de travailler sur cette résistance car elle empêche les représentations pathogènes d'atteindre la conscience. En 1912, avec sa patiente Dora, il remarquera que cette fameuse résistance est principalement due au transfert. Il introduira également la notion d'« *investissement* » dans la cure.

En 1892, avec le cas d'Elisabeth Von R., Freud pratique une « *analyse psychique* » et utilise une nouvelle méthode, celle de la concentration mentale : la patiente est allongée et garde les yeux fermés. En 1902, il propose à Dora une autre méthode thérapeutique : la psychanalyse. Il pense pouvoir découvrir l'inconscient et les souvenirs refoulés de ses patients avec cette méthode. Le transfert est au cœur de cette pratique : il renvoie à un déplacement du patient, de ses sentiments passés, vers le thérapeute. Le transfert aide et gêne à la fois la psychanalyse. En 1912, il abordera la notion de contre-transfert. En 1925, l'objectif de la cure devient la mise en évidence des refoulements et non l'abréaction des affects.

b) *L'hystérie de conversion.*

En 1895, Freud introduit le terme d'hystérie de conversion. Les conflits inconscients, les représentations sexuelles refoulées des patients s'expriment par le corps, soit par des symptômes somatiques moteurs, soit par des symptômes somatiques sensitifs. Le symptôme sert d'expression corporelle à une métaphore. Par exemple, dans l'étude du cas

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

Elisabeth von R., l'abasie de la jeune fille sert de métaphore au fait qu'elle ait l'impression de ne pas avancer dans sa vie familiale et affective et les conflits inconscients qui la tourmentent, les représentations sexuelles qu'elle refoule, concernent son amour à l'égard de son beau-frère. La pensée d'épouser ce dernier lorsqu'elle est au chevet de sa sœur mourante est insupportable pour Elisabeth. Cette dernière refoule alors cette pensée et les affects sont convertis en abasie. La jeune fille n'est, de ce fait, plus dans un conflit psychique mais souffre de douleurs corporelles et peine à marcher. La conversion exprime donc symboliquement un conflit refoulé, tandis que le réel somatique n'est que secondaire et contingent.

En 1905, Freud parle de « *complaisance somatique* » pour désigner les manifestations somatiques répétées par les patients hystériques. Dans sa première théorie, Freud associait la zone du corps concernée par la conversion, au traumatisme. Puis, dans sa seconde théorie, il associe la conversion à un fantasme inconscient et à une anatomie imaginaire. Si nous reprenons le cas d'Elisabeth von R., la zone corporelle touchée par la conversion est la partie de sa cuisse où son père posait son pied pour qu'elle lui fasse des bandages. Il est à noter que c'est l'hystérie qui produit la conversion et non la conversion qui produit l'hystérie. La conversion permet la disparition du conflit angoissant du Moi. Le symptôme, représentant ce qui est refoulé, permet une meilleure organisation de la vie fantasmatique, libidinale.

Pour Freud, trouver la représentation refoulée et l'acceptation de cette représentation par le Moi du patient, suffit pour faire disparaître le symptôme.

A partir de son ouvrage *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), Freud n'a plus fait allusion à la conversion.

c) *L'hystérie d'angoisse.*

En 1909, Freud introduit également le terme d'« *hystérie d'angoisse* » lorsqu'il étudie le cas du petit Hans. Ce dernier avait développé une phobie des chevaux durant la période œdipienne : le symptôme central de cette hystérie est donc une phobie. Soyons toutefois vigilants, toute phobie ne renvoie pas nécessairement à une organisation hystérique. La phobie est à l'hystérie d'angoisse ce que la conversion est à l'hystérie de conversion. Le conflit œdipien est refoulé. Ce refoulement entraîne une angoisse, déplacée puis fixée sur un objet phobogène.

Pour mieux illustrer cette hystérie d'angoisse, reprenons le cas du petit Hans. Ce dernier se trouve en plein conflit œdipien ; il ressent des sentiments ambivalents à l'égard de son père, agressivité et tendresse, qu'il voit comme un rival vis-à-vis de sa mère. L'enfant

crainit des représailles de son père, craint que celui-ci le punisse de ressentir de tels sentiments. Cette crainte, accompagnée de l'envie de mort de son père, sont refoulées et des fantasmes surgissent sous la forme de la peur de se faire mordre par un cheval. Cette peur d'être mordu renvoie en fait à l'angoisse de la castration. Les conflits œdipiens, par peur de la castration, sont refoulés et deviennent une angoisse phobique. Cette angoisse se déplace et se fixe à une représentation, en l'occurrence les chevaux. Le cheval représente ainsi le danger et par conséquent le père. Puis dans un autre temps, Hans mettra en place des défenses contre l'objet générateur d'angoisse, c'est-à-dire contre le cheval. Ainsi, le jeune garçon peut de nouveau s'inscrire dans une relation avec son père sans être angoissé ou agressif, l'angoisse étant maintenant dirigée vers un objet plus simple à éviter.

d) Le fantasme, le désir, la sexualité chez les hystériques.

Dès 1895, Freud repère une sorte d'identification au désir de l'autre, pouvant aller jusqu'à l'altération du sentiment d'identité personnelle. Pour illustrer ceci, nous pouvons prendre le cas d'Elizabeth von R. Cette patiente s'identifiait au désir de l'autre, à savoir de son père, en occupant les différents rôles que lui prêtait celui-ci : les rôles d'un fils qu'il n'avait pas eu et d'un ami avec qui, il pouvait converser sur divers sujets. Elle tentait alors d'occuper cette place d'objet de remplacement, ces rôles masculins, tout en devant conserver sa place de femme attendue de la société. Ce tiraillement entre les rôles masculins désirés par son père et sa place de femme altérait son identité sexuée.

Freud (1899) constate également le besoin de créer un désir insatisfait, notamment lorsque l'une de ses patientes, la Belle Bouchère, lui raconte refuser du caviar alors qu'en réalité, elle aimerait en avoir et il suffirait qu'elle en demande à son mari pour que ce désir soit aussitôt satisfait mais elle dit au contraire à son époux de ne pas lui en donner, comme si la réalisation du désir ferait disparaître le désir. Afin de maintenir le désir, les hystériques le laisseraient insatisfait. Ce désir peut être apparenté au premier objet d'amour infantile que les hystériques souhaitent conserver.

En 1908, Freud voit dans le fantasme hystérique, la condensation de plusieurs désirs, comme par exemple un désir récent s'accompagnant de la revivification d'une impression infantile. Pour lui, le fantasme hystérique reflète la problématique œdipienne ainsi que la réapparition de la sexualité perverse polymorphe infantile où la prégenitalité domine. De

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

nouveau, il parle de bisexualité et démontre la présence de fantasmes bisexuels en décrivant une jeune femme, tenant d'une main sa robe, et la déchirant de son autre main. Il explique que cette patiente, en tant que femme, retient sa robe contre son corps, mais qu'en tant qu'homme, son autre main l'arrache.

En 1931, Freud ajoute que les personnes hystériques exigent amour, attention et relations intimes érotiques. Elles recherchent l'excitation mais sont débordées par celle-ci. Freud évoque également l'envie de pénis avec une équation de départ où absence de pénis équivaudrait à absence de pouvoir. Il complète la description en ajoutant que les personnalités hystériques auraient un haut niveau d'anxiété, seraient vulnérables à la honte et la culpabilité et perçoit certains troubles présentés par les personnes hystériques comme des conversions de la pulsion dans des symptômes corporels. Par exemple, la paralysie de la main prendrait le sens d'un conflit entre le désir (se masturber ou exciter l'autre) et l'interdit (de le faire).

e) Fragment d'une analyse d'hystérie de Freud : le cas de Dora

Ce texte n'est qu'un fragment d'analyse, Dora ayant mis fin à sa cure avant que tout puisse être résolu. Freud parvient toutefois à affirmer ses hypothèses sur l'hystérie, à apporter plusieurs idées sur l'interprétation des rêves et la psychanalyse. En revanche, il regrette d'avoir ignoré le transfert, tout au long de cette analyse. Il prend conscience de l'importance du transfert lorsque Dora met fin à sa cure et en parle dans la postface.

Selon le psychanalyste, l'interprétation des rêves est nécessaire pour comprendre les processus psychiques de l'hystérie et autre névrose et aide à la compréhension des symptômes car les rêves seraient en lien avec ceux-ci. Il démontre cela en s'appuyant sur deux rêves narrés par Dora. L'abaissement des défenses, pendant le sommeil, permettrait l'accès à un certain nombre de désirs exprimés à travers les rêves et leur interprétation permettrait alors de retrouver des souvenirs d'enfance oubliés, à l'origine des troubles. Une fois interprété, un rêve peut être changé en pensées pouvant être placées dans le contexte psychique.

Parfois, les rêves se répètent car ils correspondent à une décision qui poursuit le sujet jusque dans son sommeil. Tant que cette décision n'est pas prise, n'est pas exécutée, le rêve se refait. Le rêve est équivalent à un désir, généralement de l'enfance, mais peut également masquer un désir refoulé. Dans le cas de Dora, le désir infantile est de remplacer Monsieur K. par son père et c'est ce désir qui crée le rêve.

Une des caractéristiques de la névrose, et de ce fait de l'hystérie, est l'incapacité de se souvenir dans l'ordre et avec certitude toute sa vie. Freud remarque que Dora donne beaucoup de renseignements sur certains passages de sa vie, sur d'autres moins, et certaines époques restent floues. Cette incapacité à remémorer dans l'ordre l'histoire de leur vie et de la faire concorder avec celle de leur maladie, serait due une « *insincérité consciente* » (les patients gardent consciemment certains éléments) et à une « *insincérité inconsciente* » (inconsciemment certains éléments ne reviennent pas à leur mémoire). Enfin, cette insuffisance est produite par de véritables amnésies ou par des lacunes de la mémoire. Au cours de la cure, les lacunes s'estompent, les souvenirs reviennent.

Freud, encore dans sa première théorie de la neurotica, voit l'origine des symptômes hystériques dans un évènement traumatisant, dans le conflit des états affectifs et dans l'atteinte de la sphère sexuelle. Monsieur K., ami de la famille, toujours attentionné avec Dora, s'arrange pour se retrouver seul avec la jeune fille, âgée de 14 ans. Il la serre contre lui et l'embrasse. Cette dernière éprouve du dégoût et s'enfuit. Pour Freud, cet évènement est certainement le traumatisme sexuel à l'origine de l'hystérie de Dora. Il remarque que trois symptômes résultent de ce seul traumatisme : le dégoût, une sensation de pression sur la partie supérieure du corps et l'horreur des hommes en tête à tête avec des femmes. La sensation de pression renvoie à une hallucination sensorielle refaisant parfois surface : Dora sentait la pression de l'enlacement de Monsieur K, sur la partie supérieure de son corps. Elle avait en fait du ressentir durant l'étreinte, le baiser mais également l'érection de Monsieur K. Dora, trouvant cette sensation choquante, la refoula et la remplaça par l'impression d'un fort contact sur le thorax. Enfin, Dora évitait de passer à côté d'un homme qu'elle pensait en état d'excitation sexuelle par crainte de revoir le signe somatique. Le dégoût dévoile un symptôme de refoulement de la zone érogène labiale. De la pression de l'érection, résulte une modification analogue de l'organe féminin correspondant, le clitoris, et le déplacement rattache l'excitation du clitoris à la sensation simultanée de pression sur le thorax. Le troisième symptôme, quant à lui, reproduit le mécanisme d'une phobie, Dora se protège contre le risque de ressentir la sensation refoulée. Pour Freud, le déplacement de la sensation a déjà tout d'un comportement hystérique. Pour lui, est hystérique toute personne, présentant des symptômes, somatiques ou non, qui ressent du dégoût dans une situation d'excitation sexuelle. Chez Dora, un « *déplacement de la sensation* » a eu lieu, alors qu'une jeune fille « *normale* » aurait eu une sensation génitale, contrairement au sentiment de déplaisir de Dora.

Pour Freud, il est important de ne pas confondre les motifs des maladies et le matériel formant les symptômes. Les motifs ne jouent aucun rôle dans la constitution des symptômes, ils ne sont présents que pour apporter un certain bénéfice : devenir malade donne la possibilité de fuir le conflit psychique. Les motifs peuvent aussi avoir un but intérieur, par exemple s'infliger une punition, ou extérieur tel est le cas de Dora. La jeune fille amadou son père avec ses maladies dans le but de l'éloigner de Madame K. Le symptôme, quant à lui, importune la vie psychique. Il se dissipe, en apparence, aisément. Pour ce qui est de l'économie psychique, il en acquiert progressivement une utilisation. Le symptôme peut acquérir une fonction secondaire lorsqu'il est utilisé par un courant psychique et s'enracine donc dans le psychisme. Un enfant, devant partager la tendresse de ses parents avec des frères ou sœurs, remarque que lorsqu'il est malade toute l'affection lui est prodiguée. Dès qu'il possède le matériel psychique apte à développer un état morbide, il se servira de ses maladies pour attirer l'amour de ses parents. Pour Freud, la maladie peut devenir le seul moyen de s'affirmer chez des femmes qui ont épousées des maris peu attentionnés, donc en opposition à leurs attentes d'enfant. Ces simulations, ces maladies produites consciemment, sont effectuées sans remords conscients. Les états morbides, étant tournés contre un individu déterminé, s'estompent lorsque cet individu est absent.

Freud parle également de la complaisance somatique caractéristique de l'hystérie. Le symptôme hystérique requiert des apports d'origine psychique et somatique. Il ne peut naître qu'avec une complaisance somatique s'exprimant par un procédé, normal ou pathologique, sur un organe. La complaisance somatique donne aux processus psychiques inconscients une issue dans le corporel.

Toujours pour Freud, les symptômes représentent différentes pensées inconscientes, peuvent concorder avec des représentations de fantasmes sexuels et sont provoqués par la conversion. Par exemple, la toux de Dora et ses dénonciations contre son père persistent, Freud suppose alors que ce symptôme a un rapport avec le père. Il analyse alors les propos de Dora, notamment lorsqu'elle dit que Madame K. n'aime son père que pour sa fortune, ce qui pourrait masquer le fait que son père n'est pas fortuné et que Dora sous-entend en fait que son père est impuissant, chose qu'elle a déjà pensé consciemment. Elle a, à sa connaissance, plusieurs moyens de satisfaction sexuelle, dont ceux utilisant les organes, chez elle, irrités : sa toux symboliserait alors l'assouvissement sexuel des personnes de la relation qui l'obnubilait. La toux de Dora laisse donc paraître un fantasme inconscient, mais également une copie de son père, atteint à ce moment d'une infection pulmonaire. Cette toux est une preuve de la compassion et de l'angoisse que lui donne la maladie de son père. Elle permet aussi de

montrer qu'elle est bien sa fille : comme lui, elle est malade, c'est lui qui l'a rendue malade (comme il l'a fait avec sa mère) ... Plus tard, ce même symptôme symbolise l'attachement à Monsieur K, le souhait d'être une meilleure épouse que Madame K. Puis la libido de la jeune fille, qui recherche la protection de son père, se retourne vers ce dernier. Cette toux qui permet à Dora de s'identifier à Madame K, représente les coïts avec le père.

Avec l'aide de plusieurs renseignements, Freud déduit que Dora a déjà entendu la respiration haletante de son père lors d'un coït et conclut que la dyspnée, les palpitations ou autres symptômes du même type, présents dans les hystéries, seraient causés par le fait de surprendre une relation sexuelle entre deux adultes. Dans ces cas, les enfants flairent le caractère sexuel de ces sons car les mouvements témoignant de l'excitation sexuelle seraient innés chez eux. Il est probable que la co-excitation éprouvée ait abouti, chez Dora, au changement du penchant pour la masturbation par un penchant à l'angoisse. Cette sensation se fit ressentir, sous l'aspect d'une crise d'asthme, lorsque durant une absence du père, Dora pensait à lui.

Freud constate également que chez les personnes atteintes de mutisme hystérique, l'écriture remplace la parole. Nous retrouvons cela chez Dora, qui faisait régulièrement des crises d'aphonie, lors desquelles elle était dotée d'un talent d'écriture. Cette aphonie pouvait être interprétée de la façon suivante : quand l'aimé est loin, la parole perd toute valeur, contrairement à l'écriture qui gagne en importance. Les crises d'aphonie concordaient avec les absences de Monsieur K. Il peut être important de repérer le voisinage temporel des associations. Dora montrait son amour à Monsieur K. par le biais de ses maladies, mais pour ne pas dévoiler son amour secret, elle dut cesser de faire coïncider les périodes de maladies et de rétablissement avec les absences et présences de Monsieur K.

Dora ignore l'origine de son obsession pour la relation de son père et de Madame K, car elle se situe dans l'inconscient. La jeune fille se comporte comme une épouse jalouse, elle s'identifie à sa mère. Avec sa toux, elle se compare à Madame K. Elle se substitue donc aux « deux femmes » de son père, ce qui amène à dire que Dora est en fait amoureuse de son père.

Dora avait des remords pour avoir repoussé Monsieur K lors de sa déclaration, au bord du lac, mais elle a également de l'orgueil, des motifs contre ces regrets. Ce refoulement l'amène à penser qu'elle a bien oublié Monsieur K. Pour faire face à l'amour qui occupe son conscient perpétuellement, elle a recours à l'amour infantile de son père de façon excessive. Elle appelle cet amour pour se protéger de la tentation actuelle.

Freud explique les relations amoureuses inconscientes entre père et fille, mère et fils,

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

par la résurrection de germes sensitifs infantiles. L'affection précoce de l'enfant pour son parent de sexe opposé est plus puissante chez les futurs névrosés et chez les enfants avides d'amour. Cette inclination peut être tant accentuée par certaines influences qu'elle se transforme en une sorte d'attraction sexuelle, captant la libido, à l'enfance ou à la puberté. Dora avait toujours eu énormément d'affection pour son père. Elle le soignait lorsqu'il était malade, il avait fait d'elle sa confidente. A l'arrivée de Madame K, elle avait perdu toutes ses fonctions. Dora dit ne pas se rappeler d'avoir eu des sentiments amoureux pour son père. Ce genre de réponse est en fait un acquiescement de l'inconscient, il n'existe pas de non dans l'inconscient. Cet amour oublié un temps (elle soutenait la relation de son père avec Madame K), refit surface en tant que symptôme réactionnel, dans le but d'extérioriser une idée de l'inconscient, très certainement son amour pour Monsieur K, refoulé depuis la déclaration qu'il lui avait faite au lac.

Dora jalouse Madame K. Ce sentiment naît d'un penchant amoureux pour cette femme. A la puberté, tous les enfants, à un moment, présenteraient des signes homosexuels, qui finiraient par se dissiper. Cette tendance homosexuelle peut revenir plus tard, à l'âge adulte, si l'amour hétérosexuel n'est pas satisfaisant. Chez les femmes hystériques, la libido sexuelle orientée vers les hommes serait punie, tandis que celle orientée vers les femmes serait renforcée, parfois un peu consciemment. Lorsque Dora parle de Madame K, elle emploie un ton amoureux, n'a jamais de mauvaises paroles à son égard bien que cette dernière l'ait trahie lorsqu'elle a défendu son époux après l'épisode du lac, en disant que tout n'était que mensonge et que Dora portait un grand intérêt pour les choses sexuelles. L'idée prévalente de Dora était dans le but de maîtriser son ancien amour conscient pour Monsieur K, mais également pour dissimuler l'amour inconscient qu'elle portait à Madame K. Elle se le cachait en disant qu'elle enviait Madame K, qui lui « volait » son père. Mais inconsciemment, elle enviait son père. Cette jalousie féminine est similaire à celle d'un homme. Ces sentiments virils, gynécophiles, seraient, pour Freud, caractéristiques de la vie amoureuse inconsciente des jeunes filles hystériques.

Enfin, une des caractéristiques de la névrose est l'incompétence à assouvir les réelles exigences de l'amour. Les névrosés sont partagés par la réalité et les fantasmes appartenant à leur inconscient. Quand la réalité leur donne ce qu'il espérait dans leurs rêves, ils se défilent. Ils se consacrent à leurs plus grands fantasmes quand aucune réalisation n'est à redouter.

Freud a publié ce fragment d'analyse il y a plus d'un siècle. Il est tout à fait possible que de nos jours, tout ne serait pas analysé de la même façon, que les personnages seraient perçus différemment. Par exemple, les avances de Monsieur K. faites à la jeune fille pourraient être associées à un acte pervers, à un acte pédophile. Ce texte a d'ailleurs été repris à plusieurs reprises et nous verrons qui l'a notamment été retravaillé par Lacan, de 1952 à 1961, au cours de plusieurs séminaires. Freud, lui-même, est revenu par la suite sur certaines de ses analyses. En 1923, par exemple, il ajoute en note de bas de page, que l'amour que Dora mettait en jeu, n'était pas destiné à Monsieur K., mais à Madame K et reconnaît avoir négligé la place de l'amour à l'égard de la mère.

2. Bergeret et la « structure hystérique ».

Comme dit précédemment, Bergeret (1974) introduit la notion de « *structure hystérique* » et distingue une structure hystérique d'angoisse et une structure hystérique de conversion¹⁰.

Avant toute chose, faisons un rappel sur ce qu'est une structure en reprenant la définition de Bergeret (1974) : une structure fait référence à « *l'ensemble des mécanismes psychiques mis en œuvre dans toute originalité individuelle et en même temps aussi à la façon dont ces mécanismes ont l'habitude d'entrer en interaction les uns avec les autres, de façon spécifique et latente.* ». La structure se caractérise par le mode de relation objectale, le type d'angoisse et de conflit l'ayant générée, ainsi que par le type de mécanisme de défense. Il distingue alors des structures névrotiques et psychotiques et parle d'organisations limites, les aménagements de la personnalité de ces dernières n'ayant pas la stabilité d'une structure. Chaque individu présenterait un ensemble de caractéristiques appartenant à une de ces structures ou organisations.

Selon Bergeret, la structure hystérique serait la structure la plus élaborée de toutes. Celle-ci se caractérise par une forte composante érotique influant sur tous les domaines de la vie des hystériques et sur leurs diverses relations. Les investissements objectaux sont alors divers et multiples. Il n'y aurait pas de régression du Moi, comme le prétendait Freud, mais

10 Voir l'annexe 3, p 442 : Tableau de synthèse de la structure hystérique. Bergeret (1974).

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

une régression de la libido. La structure hystérique se caractérise également par le refoulement, utilisé comme mécanisme de défense.

a) *La structure hystérique d'angoisse ou encore structure hystéro-phobique.*

Cette structure est la plus régressive des deux structures hystériques. Au sein de celle-ci, la libido est essentiellement génitale. Nous pouvons observer une incohérence des mouvements pulsionnels ambivalents, c'est-à-dire une agressivité envers les objets d'amour et une affection à l'égard des objets agressés, ce qui entraîne ambiguïté et complexité de l'identification aux parents. Les deux parents ont produit, dans l'enfance, excitation et interdiction sexuelles. L'enfant ne savait alors comment allier ces sollicitations érotiques, ne savait comment allier provocations et interdits. Cette ambivalence affective, érotique et défensive est ravivée lors de situations archaïques réactivées par le contexte relationnel postérieur.

Les hystéro-phobiques sont en quête d'un objet sexuel. Une séduction indirecte et ambivalente caractérise leurs comportements. Cherchant à garder secret ce désir de proximité objectale et le mélange d'agressivité et d'érotisation en eux, leurs discours peuvent paraître contradictoires, discontinus. Cette recherche d'un objet sexuel demeure lors des phases pouvant être considérées comme dépressives, contrairement aux dépressions que nous pouvons observer dans les organisations limites par exemple.

Le refoulement est le mécanisme de défense utilisé massivement. Il présente néanmoins un degré d'échec qui mène les sujets à utiliser d'autres mécanismes : le déplacement et l'évitement phobique. La pulsion gênante, n'ayant pas été refoulée efficacement, réapparaît et est déplacée sur un autre objet qu'il faudra alors éviter. Une phobie apparaît. Les objets phobiques ont une double fonction : ils permettent d'éviter la rencontre avec l'objet anxiogène, tout en permettant également de le tenir à portée de mains ou du regard.

Concernant l'évolution libidinale, la libido des personnes hystéro-phobiques présente des fixations orales antérieures et des fixations anales précoces. La relation d'objet est proximale, mais un « *écran phobique* » est dressé pour éviter, tout en le maintenant, le contact avec l'objet.

Si nous nous intéressons maintenant à l'angoisse, Bergeret place, au cœur de la structure hystérique d'angoisse, l'angoisse de castration, engendrant une angoisse de voir la pensée interdite devenir réelle d'où la nécessité de déplacer cette dernière sur l'élément de

défense phobique.

Enfin, Bergeret donne quelques informations concernant le discours des hystéro-phobiques car il y a une séduction indirecte et ambiguë, dans laquelle le langage a un rôle important. Dans le but de laisser enfoui le désir de proximité objectale et le mélange d'érotisation et d'agressivité qui y est associé, ces sujets ont recours à la symbolisation très poussée. Ceci aboutit à un discours haché, parfois contradictoire. Pour cacher tout indice d'érotisation, les hystéro-phobiques ont recours à un langage plus agressif qu'ils ne le sont.

b) *La structure hystérique de conversion.*

Bergeret, comme de nombreux psychopathologues, indique que les décompensations hystériques de conversion sont maintenant rares et que les formes morbides actuelles sont généralement accompagnées d'éléments phobiques.

La structure hystérique de conversion est la plus élaborée au niveau libidinal. Un investissement libidinal associé à des représentations amoureuses, angoissantes, coupables et interdites, concernant le parent du sexe opposé, est présenté par les sujets. Ces représentations sont pensées comme pouvant mener à la castration punitive de la part du parent du même sexe. Ces représentations incestueuses et interdites vont être refoulées et déplacées sur une partie du corps, choisie pour sa valeur symbolique et pour son érogénité. La conversion renvoie à la peur de la castration, mais également à une stratégie pour l'éviter. Elle renvoie également à l'objet sexuel interdit et à l'objet récupéré, au phallus perdu puis récupéré. L'angoisse de castration est associée à l'angoisse de la réalisation de l'acte interdit et non à la pensée comme dans la structure hystérique d'angoisse.

Dans le cadre de la structure hystérique de conversion, le refoulement est, théoriquement, un succès. Dans les cas dits « *purs* », il réussit à lui seul à garder loin de la conscience, la représentation gênante : c'est ce que nous appelons la « *Belle indifférence* ». La belle indifférence est le témoin de la réussite du refoulement mais également de la réussite du symptôme. Les contre-investissements permettent de maintenir la réussite du refoulement, ceux-ci renvoient à la formation des symptômes. Ces formations réactionnelles, orientées vers des objets externes ou internes, ont pour objectif de masquer l'attachement pulsionnel. Les sujets ne laissent jamais paraître d'angoisse surmoïque et considèrent que le symptôme ne leur appartient pas. La souffrance peut même apporter une certaine jouissance liée au fantasme compensateur et inconscient en lien avec l'objet interne maintenu et ainsi manipulé.

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

Cette structure hystérique de conversion correspond à des fixations pré-génitales orales et phalliques et incontestablement à une priorité du génital. Le parent du sexe opposé procure une excitation et le parent du même sexe renvoie à l'interdit. Ces sujets n'arrivant pas à aller au-delà de ce complexe d'œdipe, le développement libidinal stagne à ce stade. Le changement d'objet sexuel est incomplet, insatisfaisant.

Bergeret décrit le discours dans les structures hystériques de conversion, où le langage est un outil pour séduire directement l'objet. L'expressivité est accrue, la symbolisation fortement présente donne un aspect poétique au langage. Toutefois, très rapidement, le discours se gorge en signification subjective.

c) Le caractère hystéro-phobique et le caractère hystérique de conversion.

Bergeret (1974) décrit le caractère comme étant le mode d'expression relationnel et fonctionnel adapté de la structure de base de la personnalité, comme étant son fonctionnement « normal ». De cette façon, il décrit un caractère hystéro-phobique et un caractère hystérique de conversion représentant respectivement le mode d'expression normal de la structure hystérique d'angoisse et de la structure hystérique de conversion.

Le caractère hystéro-phobique s'exprime par le biais d'angoisses flottantes mal définies et peu gênantes dans la vie quotidienne, pouvant s'accompagner de troubles neurovégétatifs, tels que des vertiges ou céphalées, ayant des retentissements sur la vie relationnelle des personnes hystéro-phobiques. Ces angoisses flottantes reportent les causes apparentes sur des motifs extérieurs et affectifs.

Ce caractère se manifeste également par une candeur sentimentale, affective et par des idéalizations tentant de garder secret l'érotisation des investissements objectaux. Des besoins de vertu et de pureté servent de formations réactionnelles contre les envies sexuelles et agressives. La conflictualité sexuelle naît de la coexistence du désir et de la représentation du danger, danger de punition sexuelle, de castration. La sexualisation de l'angoisse et l'identification (sexuelle) à l'objet menaçant sont les moyens utilisés par le caractère hystéro-phobique pour assurer une bonne adaptation. Ainsi l'objet contra-phobique sera toujours un objet sexuel et l'objet phobogène aura une valeur symbolique sexuelle.

Concernant le caractère hystérique de conversion, nous allons retrouver une séduction et érotisation des relations, une quête de reproduction d'objets infantiles dans des objets

actuels, une naïveté et suggestibilité importantes, une dramatisation, théâtralisme et une labilité émotionnelle. Ces premiers traits présentés renvoient au système de reproduction des conflits œdipiens. Une alternance entre la recherche et la crainte de proximité avec l'autre est également observable durant les sautes d'humeur des hystériques de conversion. Une oscillation est aussi perceptible au niveau du langage : les hystériques de conversion passent de logorrhées à des moments de mutisme. Ce caractère hystérique de conversion est souvent associé au mensonge. La fantasmatisation de ces sujets les mène à mentir. La richesse des imagos fantasmatiques ou oniriques conduit à un refus, une dénégation de la réalité œdipienne personnelle gênante et explique le mensonge.

Ces éléments nous permettent alors de dire que le caractère hystérique de conversion se distingue par une vie relationnelle particulière avec une alternance de moments chaleureux, affectifs et de moments de fuite, de crainte. Un désir d'élaborer les relations avec une tendance à la somatisation corporelle est également caractéristique de ce caractère et a une valeur symbolique sexuelle. Les passions de ces sujets, même les plus banales, sont exacerbées, dramatisées. La vie amoureuse est au centre des préoccupations, ainsi ce caractère renvoie au souci de plaire et d'être aimé.

Pour conclure, dans le caractère hystérique de conversion, c'est la symbolisation érotisée de l'investissement corporel, où la représentation va se fixer, qui domine. C'est le corps qui parle, les fantasmes se trouvant symbolisés.

3. Lacan et l'hystérie.

Lacan (1956-1957) décrit les hystériques, lors de séminaires, comme des sujets aimant par procuration, comme des personnes dont l'objet serait homosexuel et qui aborderaient cet objet homosexuel par le biais de l'identification à une personne de l'autre sexe. La psychanalyse lacanienne s'intéresse particulièrement à l'énigme de la vie psychique et à la signification de la différence des sexes.

a) *Le désir insatisfait de l'hystérique.*

En 1957-1958, Lacan s'intéresse au désir chez les hystériques lors de son séminaire sur les formations de l'inconscient. Pour commencer sa réflexion, il reprend le cas d'Elisabeth von R. présenté par Freud, en 1895. Selon Lacan, le rôle d'infirmière qu'Elisabeth

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

tenait auprès de son père formerait déjà une situation hystérogène car la patiente était constamment en posture de devoir satisfaire les demandes. Puis, Lacan s'intéresse à l'intérêt que la jeune femme trouve dans une situation de désir. Pour lui, les hystériques sont prises dans une situation de désir inconscient et ce serait cela que le symptôme hystérique cacherait. C'est pour cette raison, que Lacan conseille de s'intéresser seulement à la structure du fantasme hystérique et de se désintéresser du symptôme, du corps. Ce désir inconscient renverrait au désir de l'Autre, il est important que les hystériques puissent désirer autre chose que ce que l'Autre peut leur offrir, afin de supporter une relation amoureuse. Le désir, est pour Lacan, ce qui reste de la demande après que le besoin ait été satisfait. Ce que désirent les hystériques est de garder leur désir insatisfait et d'exhiber cette insatisfaction. S'en faire parure est motif de jouissance. Ils cherchent un autre qui fasse le maître, le grand Autre, sur lequel ils pourront régner. C'est pour cette raison, qu'il ne faudrait jamais apporter de savoir lors de l'analyse, pour que l'insatisfaction demeure. Lacan ajoute que le désir insatisfait permet aux femmes hystériques de se représenter un Autre incomplet, un Autre incapable de les satisfaire et cette incomplétude de l'Autre réel est ce qui permet aux sujets de se constituer et le fait que l'Autre soit incomplet permet de le désirer.

De plus, les hystériques craignent la jouissance, d'où le besoin de garder le désir insatisfait. Ce désir insatisfait leur permet alors de se créer un Autre réel. La réalité d'un partenaire insatisfaisant ou celle d'un interlocuteur promulguant des interdits crée une limite. L'angoisse est alors retenue dans un objet. Ceci permet de bannir le risque de basculer vers une oralité archaïque où le sujet deviendrait la proie du désir de l'autre.

Une survivance du besoin dans le désir des hystériques se retrouve, ainsi qu'une recherche d'étayage se masquant derrière une hyper-sexualisation. Toute l'ambiguïté des hystériques se retrouve dans le fait d'être apparemment prises dans une relation spéculaire de séduction à l'autre, alors qu'en réalité elles sont happées par le grand Autre en tant qu'objet originaire, le désir masquant une relation plus infantile de dépendance.

Lacan va également relier le désir hystérique au signifiant phallus. Là encore, il reprend un rêve d'une patiente de Freud. Cette dernière narre un premier rêve où elle arrivait trop tard au marché et où elle ne trouvait plus rien chez le boucher et le primeur. Lacan remarque dans ce rêve le manque d'objet, qui renvoie au phallus comme signifiant de ce que l'Autre n'a pas et c'est parce qu'il manque à cet Autre que le phallus est signifiant du désir de l'Autre.

Si le phallus est le signifiant du désir et du désir de l'Autre, alors une autre

interrogation survient : être ou ne pas être le phallus ? Les femmes ne peuvent être le phallus, elles vont alors repousser ce qu'elles sont dans le paraître et ceci caractériserait parfaitement la position des femmes dans l'hystérie pour Lacan (1958). Il dit que les femmes se font masque pour, derrière ce masque, être le phallus. Chez les hommes, uniquement le phallus doit rester caché, tandis que chez les femmes, c'est l'ensemble de leur être qui doit rester caché pour qu'il puisse, tout entier, être le phallus. Rivière, en 1929, décrivait déjà, chez certaines femmes, une fragilité féminine et de la séduction, comportements qu'elle assimilait à une mascarade qui cacherait une position phallique, virile. Pour cette psychanalyste, cette mascarade, forcément pathologique, ne pouvait renvoyer qu'à une envie du pénis.

Dans un séminaire de 1969-1970, Lacan montre comment les hystériques tentent d'échapper à la revendication pénienne, montre comment cette insatisfaction première est symbolisée. Il introduit alors la notion du « *plus de jouir* », suppléance à la jouissance phallique interdite.

b) L'identification hystérique.

Pour Lacan (1955-1956), la problématique de l'hystérie est à rechercher dans l'organisation particulière du désir féminin et est également en lien avec une problématique d'identification sexuelle, une difficulté d'identification symbolique. Les patients hystériques se demandent s'ils sont hommes ou femmes, tandis que les patientes hystériques se demandent ce qu'est être une femme. En 1976, Israël, élève de Lacan, reprendra cette idée en parlant de « *problématique identitaire du féminin* ».

Il repère un certain trouble identitaire du moi : les hystériques seraient dans une quête perpétuelle de ce qu'est être une femme.

Ces patients ne feraient, selon Lacan (1949), qu'accentuer ce qu'il se passe chez tous les individus au moment du stade du miroir. Le stade du miroir renvoie au moment où l'enfant commence à s'individualiser, à se différencier de sa mère. Ce stade est un des moments fondamentaux de la structuration psychique. Le premier mouvement de ce processus est la reconnaissance de soi dans l'Autre qui sert de miroir. L'enfant découvre son unité à travers cet Autre. Cette image que l'enfant reconnaît comme étant lui-même, c'est ce que Lacan nomme le Moi. Le Moi est une image, est quelque chose qui naît dans le miroir comme une forme totale et qui permet à l'enfant de dire en pointant son index vers le miroir que c'est lui. L'enfant s'identifie alors à l'attente supposée de la mère, à une image satisfaisante, au phallus.

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

Ceci fait naître chez les hystériques la question d'être le phallus ou de l'avoir.

La difficulté pour les patientes hystériques est d'autant plus grande qu'il n'y a pas de symbolisation du sexe féminin, comme il y a une symbolisation du sexe masculin par le biais du phallus. Pour le sexe féminin, seulement une absence est symbolisée par l'imaginaire et ce serait l'identification imaginaire à un homme détenteur de pénis, souvent du père, qui permettrait de symboliser ce que serait une femme. Ce manque de symbolisation mène à la revendication phallique dont parlait Freud (1907). C'est par le biais de ce manque de symbolisation du phallus que les petites filles entrent dans l'œdipe par la castration.

Dans les rares cas d'hystérie masculine étudiés par Lacan, il y décrit des fantasmes d'accouchement, des fantasmes en lien avec la féminité et dit que de ce fait, l'hystérie masculine, lorsqu'elle existe, est à comparer aux cas d'hystérie féminine. En effet, lorsqu'il reprend le cas d'hystérie masculine étudié par Eisler en 1921, il parle de fantasme de grossesse. Il s'agit d'un conducteur de tramway, âgé de 33 ans, victime d'un accident l'ayant fait tomber de son véhicule. Plus tard, cet homme va se plaindre de crise de douleurs au niveau de la première côte et de pertes de connaissance. Les examens médicaux ne révélant rien d'organique, cet homme est diagnostiqué comme souffrant d'hystérie traumatique et est recommandé à Eisler. Lacan reprend ce cas et pour lui, la décompensation de la névrose n'a pas été déclenchée par l'accident, comme ce qu'Eisler prétendait, mais par les radios qui lui ont été faites suite à l'accident. Il ajoute que les crises, par leur périodicité et leur mode, rappellent un fantasme de grossesse. Pour ce psychanalyste, le patient s'interroge sur sa capacité ou non à procréer. Il s'agit bien d'un cas d'hystérie car les paralysies ou anesthésies ne suivent pas les voies nerveuses. Les interrogations de ce patient se situent au niveau de l'être, il s'interroge sur son identité sexuée, est-il homme ou femme ? L'ensemble de ses intérêts renvoient à la germination : la botanique, les poules... Lors de sa chute du tramway, il s'accouche lui-même, ce qui renvoie à une problématique d'identification symbolique. Le symbolique lui offre une trame dans laquelle il se retrouve mais la procréation échappe à cette trame. Lacan en conclut alors que lorsque la question de l'hystérie masculine se pose, elle traite en fait de la position féminine.

c) Le discours de l'hystérique.

Lacan accorde également une grande importance au discours de l'hystérique, qu'il considère comme un des quatre grands discours fondamentaux, avec le discours du maître, de

l'universitaire et de l'analyste. Pour lui, le patient est un sujet à entendre plutôt qu'à observer. L'hystérique est ici traité en tant que discours et non en tant que structure.

Le langage des sujets névrosés serait troué, c'est-à-dire qu'il n'y a pas toute la signification dans les mots et ces derniers sont porteurs de beaucoup d'équivoques. Pour les sujets hystériques, entre les signifiants S1 et S2, le choix est cornélien. Ni S1, ni S2 ne signe son rapport à l'Autre.

Les enjeux du discours hystérique sont multiples : il dénonce le symptôme, pousse au savoir ou encore énonce le vrai d'une jouissance.

d) Les relectures de Lacan du cas de Dora pour illustrer ses théories.

En 1952, Lacan présente pour la première fois, lors d'un congrès, ses théories sur Dora. Il revient par exemple sur le souvenir raconté par la jeune fille, lorsqu'elle suçotait son doigt en tirant sur l'oreille de son frère cadet. Pour Lacan, l'image spéculaire de Dora (image issue du stade du miroir) s'est construite sur ce petit autre, qui est son frère. C'est donc cette image masculine qui servira de moi idéal à Dora, ce qui pourrait compliquer l'acceptation de son corps féminin, mais c'est là que Lacan voit le rôle de Madame K. Pour accéder à l'objet Madame K., Dora s'identifie alors à Monsieur K. (après l'identification au frère, l'image spéculaire de Dora se modèle donc sur Monsieur K.).

Lacan ajoute que les manifestations du désir de Monsieur K. pour Dora, ne peuvent être profitables, comme pouvait le penser Freud, car la jeune fille ne peut se considérer comme un objet de désir pour un homme. Madame K. semble savoir être objet de désir pour un homme, semble avoir les secrets de la féminité, ce qui la rend que plus fascinante pour Dora. Lacan va alors s'interroger sur la valeur structurale de Madame K., sur la place de celle-ci dans les différentes identifications de Dora.

Ces premiers propos laissent percevoir que Lacan lie les questions du désir, des identifications et de la féminité, au cas de Dora et plus largement à la clinique de l'hystérie.

En 1955-1956, Lacan revient une seconde fois sur le cas de Dora, lors d'un séminaire sur les psychoses. Pour lui, une des principales interrogations de Dora est « *Qu'est-ce qu'être une femme ?* ». Lacan reprend alors son idée selon laquelle Dora s'identifie à Monsieur K. pour accéder à Madame K. C'est parce que le moi de Dora est Monsieur K. que nous pouvons entendre les symptômes. Ainsi, l'aphonie survient lors des absences de Monsieur K. car Dora est seule avec Madame K. et c'est parce qu'elle aurait entendu des relations entre son père et

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

Madame K. tournant autour de la fellation, que des symptômes au niveau de la bouche surviennent.

Lors de son séminaire sur la relation d'objet (1956-1957), Lacan se questionne sur la façon dont Dora se situe par rapport à l'Œdipe. Pour lui, l'impuissance du père explique pourquoi Dora n'a pu franchir l'Œdipe. Il explique ceci par le fait que la frustration dans laquelle Dora se retrouve par rapport à sa mère tient à l'objet qui la frustre. Le désir de cet objet demeure toutefois chez elle et va devenir signe d'amour. La jeune fille va le demander à son père, qui peut le donner symboliquement. Mais à Dora, il ne peut pas le donner, parce qu'il ne l'a pas. Dora reste toutefois attachée à son père qui ne peut lui donner le don viril. Ce profond attachement se révèle dans la série de symptômes hystériques se manifestant à l'âge de la fin de l'Œdipe. Selon Lacan, l'amour qu'elle porte à son père est « *corrélatif et coextensif* » de l'affaiblissement de ce dernier. Dora aime son père et l'aime pour ce qu'il ne lui donne pas.

Lacan s'intéresse également aux différentes relations triangulaires. La première concerne Dora, son père et Madame K. La jeune fille tente de reproduire cette situation avec Madame et Monsieur K. où Madame K., l'objet d'adoration, prendrait, dans cette nouvelle relation triangulaire, la position de Dora. Mais lorsque Monsieur K. dit que sa femme n'est rien pour lui, Dora fait le parallèle avec le premier triangle et ceci voudrait alors dire qu'elle n'est rien pour son père, ce qui est bouleversant pour la jeune fille.

En 1957-1958, Lacan propose un séminaire sur les formations de l'inconscient. Après avoir considéré Madame K. comme incarnation de la question de la féminité, il la considère comme étant le désir de Dora, dans la mesure où elle est le désir, même le désir barré, du père. Madame K. occupe la place de désir insatisfait car Dora connaît l'impuissance de son père. En s'identifiant à Monsieur K., Dora désire Madame K. Ce désir ne renvoie pas à l'impuissance, Monsieur K. symbolisant puissance et virilité. Dora s'imagine alors soutenir le désir déficient de l'Autre, c'est-à-dire de son père. Lacan distingue la demande du désir : Madame K. est le désir de Dora et l'amour de son père est la demande de la jeune fille. Dès qu'elle se retrouve dans l'incapacité de supporter le désir de l'Autre, elle n'a pas d'autre choix que de revenir à la demande, à la revendication de l'amour de son père.

En 1960-1961, Lacan avance que Dora ne souhaite pas se limiter à un fantasme dont l'objectif serait le petit autre, à savoir Monsieur K., mais souhaite atteindre le grand Autre,

son père. Dora se souhaite « *pourvoyeuse du phallus imaginaire* » afin de faire tenir l'Autre. Dans sa formule du fantasme, Lacan va alors ajouter le rapport à l'Autre en tant que marqué par la castration. Son père est impuissant avec Madame K. Ceci n'a pas d'importance car Dora maintient cette relation, notamment avec l'intervention de Monsieur K. qui se substitue à elle.

4. Les autres apports psychanalytiques sur la structure hystérique.

En 1983, David-Ménard distingue d'un côté les analystes qui continuent de s'intéresser au corps dans l'hystérie et de l'autre côté, les psychanalystes comme Freud, Klein ou encore Lacan qui portent davantage leur intérêt à la structure du fantasme hystérique, ces derniers écoutant ce que les hystériques donnent à voir à travers leur corps. Nous verrons aussi qu'après avoir expliqué l'hystérie par la séduction d'un père œdipien incestueux, certains psychanalystes ont abandonné cette idée pour s'intéresser aux rôles de la mère, objet primaire.

Comme Freud, Ferenczi (1919) pense qu'il y a un lien entre l'hystérie et le « *saut dans le corporel* », mais lui n'emploie pas le terme de conversion mais de « *matérialisation* ». Ferenczi décrit la matérialisation comme permettant à un désir de se reproduire par le biais du corps et la compare à une sorte de langage symbolique. Les symptômes seraient des processus symboliques associés aux complexes sexuels, aux souvenirs et aux fantasmes refoulés. Il renie la deuxième théorie proposée par Freud qui associe l'hystérie à un conflit œdipien et maintient l'existence d'un lien entre hystérie et un traumatisme vécu et non fantasmé. Pour lui, sensible au transfert négatif, le traumatisme infantile se rejouerait au cours de l'analyse.

Tandis que Klein, en accord avec les théories freudiennes, reconnaît en 1923, une place importante au fantasme dans l'hystérie. Selon elle, le fantasme recherche sa signification et l'exprime dans les symptômes hystériques. Elle propose une conception de l'hystérie orale marquée par la prégnance de fantasmes sadiques prégénitaux. Elle considère l'hystérie comme une défense contre des angoisses primitives. Par la suite, l'ensemble des auteurs kleinien, comme Brenman (1985), conserveront cette idée et percevront l'hystérie comme une défense contre des angoisses psychotiques. Ce serait la présence d'angoisses prégénitales qui prédisposerait à l'hystérie et qui expliquerait le risque de psychose, risque mis en lien avec une mère hystérogène qui aurait altéré la réalité en niant les conflits.

En 1974, Khan, d'influence winnicottienne, place l'origine de l'hystérie dans un stade précœdipien et trouve l'origine des névroses dans des carences maternelles et dans un défaut de holding, qui constituerait un traumatisme pour l'enfant. La sexualisation précoce serait alors un moyen de défense pour répondre aux défaillances maternelles et lutter contre les premières angoisses et premiers ressentis consécutifs du défaut de holding. Le recours à l'intensification et l'exploitation des appareils sexuels du futur hystérique, engendre une « *dissociation précoce entre l'expérience sexuelle et l'utilisation créative des capacités du moi* ». Cette dissociation et les moyens utilisés pour lutter contre l'excitation et l'anxiété expliquent la particularité de la sexualité des adultes hystériques ; ces derniers répondent à l'angoisse par la sexualisation, utilisent « *les appareils sexuels du moi-corps au lieu du mode de relation affectif et des fonctions du moi* ». Khan apporte également le concept de « *rancune de l'hystérique* », qui désigne l'envers de la quête éperdue et constamment déçue d'amour et l'assimile à une haine inconsciente qu'une fille ressent pour sa mère. Cette haine est refoulée par la fille qui a besoin de pouvoir s'identifier à une figure maternelle de manière positive. Autrement dit, les hystériques feraient un parallèle entre le défaut de holding de leur enfance et un refus des autres de reconnaître leurs désirs, notamment sexuels, et les satisfaire. Il ajoute que les hystériques croient réellement en leur guérison par l'assouvissement de leurs désirs et attribuent l'insatisfaction de leurs désirs à l'incapacité de leurs partenaires de les accepter et les aimer tels qu'ils sont. Pour Khan, l'hystérie est donc une pathologie naissant à la puberté, période où la sexualité et le fonctionnement du moi s'affrontent de nouveau, les hystériques laissant triompher la sexualité, de par leurs expériences infantiles. Cela laisse alors place au déploiement et au déplacement sur les fonctions du moi des fantasmes sexuels pré-génitaux et génitaux. En cherchant une proximité avec les adultes, en devenant dépendant, le jeune hystérique leur demande de prendre en charge les fonctions du moi, afin de vivre par la solution sexuelle. Khan recherche également l'origine de la « *rancune* » et des plaintes dans le fait que lors de la puberté, l'hystérique se sent « *victime des forces instinctuelles et des préjugés moraux ressentis comme n'étant pas sa propre création* ». Il voit également la rancune prendre naissance dans la trahison que ressent l'hystérique lorsque l'objet aimé, interprétant les gestes de l'hystérique comme l'expression de désirs sexuels, ne lui répond que par la sexualité. Comme dans son enfance, les besoins corporels sont satisfaits, tandis que les besoins du moi, d'affection, restent inassouvis. De nouveau, « *le nouvel objet d'amour n'a pas réussi à distinguer entre les désirs du ça et les besoins du moi* », d'où la rancune de l'hystérique. Green (1983) partage la même opinion de Khan et place le raté du maternage comme origine de l'hystérie. L'expérience décevante avec la mère fait que les hystériques

auraient besoin d'être aimés mais craignent de ne pas l'être.

En 1968, Zetzel fait la distinction entre deux types d'hystérie : l'hystérie qu'elle qualifie de bénigne, névrotique, elle nomme ces patients les « *bons hystériques* » et l'hystérie maligne. Les mécanismes de cette dernière sont plus proches de ceux des organisations limites, de la psychose, perversion ou encore des affections psychosomatiques. Dans l'hystérie bénigne, l'auteure retrouve le complexe d'Œdipe et la triangulation, tandis que ce sont des fixations pré-génitales orales et une relation duelle avec la mère qui dominent dans le tableau de l'hystérie dite maligne.

Laplanche, en 1973, conçoit l'hystérie comme un « *désordre de caractère* ». Comme Freud, il repère la prédominance œdipienne de l'hystérie, mais il va surtout s'intéresser aux composantes agressives. Pour cet auteur, les symptômes et traits de personnalité permettent l'expression d'une destructivité refoulée. Il ajoute qu'il est important de repérer la mise en scène des fantasmes originaires car leur but est l'évitement de la sexualité génitale. Il nie le rôle des facteurs pré-génitaux. Pour lui, ces facteurs n'interviennent que lorsque le refoulement échoue.

Certains auteurs sont également revenus sur la dépression et la folie hystérique dont Freud et Breuer (1895) parlaient. C'est le cas de Pankow, qui en 1977, reprend l'expression de « *psychose hystérique* » introduite par Freud. Pour elle, il s'agirait d'une déformation de l'image du corps bien spécifique et de ce fait bien distincte de ce que nous pouvons observer dans la schizophrénie. En s'appuyant sur les quatre phases décrites par Charcot en 1882 et sur des observations de Freud et Breuer en 1895 sur les états hypnoïdes, elle avance que la phase des attitudes passionnelles s'accompagnant d'hallucinations serait commune à la névrose et à la psychose hystérique. Pour elle, la projection imaginaire des parties du corps morcelées est un mécanisme de défense psychotique. Au contraire, pour Maleval (1981), il s'agirait davantage d'un mécanisme de défense spécifique à la folie hystérique et non psychotique. Il considère la folie hystérique comme un trouble de l'imaginaire du corps sexué, où les délires sont interprétables car les éléments qui les constituent ne sont pas forclos. Ces deux auteurs, Pankow et Maleval, partagent toutefois le même point de vue quant à un affaiblissement et une perversification de la fonction paternelle chez des pères qui auraient des difficultés à accepter leur rôle sexuel et génital et instaurant peu d'interdits, provoquant alors des difficultés d'identité chez leurs enfants hystériques et un climat incestueux conscient. Ici, se

retrouve la première idée de Freud, selon laquelle l'hystérie serait due à la perversion du père. La mère n'est pas en reste car, dans certaines théories psychanalytiques de l'hystérie, la dépression est associée à une transmission intergénérationnelle de la dimension dépressive de l'hystérie de la mère à l'enfant, une mère qui serait que peu étayante et dans la séduction. Pour Ody (1986), nous pouvons parler de dépression dans l'hystérie uniquement dans le sens où l'enfant ne fait jamais le deuil de cette séduction. Selon Braunschweig et Fain (1975), une identification hystérique à la mère précoce peut prémunir contre la dépression. En effet, lorsque la mère délaisse sa fonction de mère pour retrouver sa fonction d'amante auprès du père, une identification hystérique précoce se produirait chez l'enfant. Si la mère projette trop sur son enfant et ne lui laisse que sa propre hystérie, l'enfant ne construira pas sa propre névrose. A l'inverse, si la mère reprend sa fonction d'amante après avoir fortement investi son enfant, elle ouvre la voie d'une identification hystérique bisexuelle, c'est-à-dire une identification au désir de la mère pour le père et une identification à la capacité qu'à ce dernier à y répondre. Cournut (1991) explique que le sentiment dépressif du vide, présent dans l'hystérie, compense un « *trop* » découlant de la séduction de la mère. Le sujet agit alternativement comme un enfant séduit et un nourrisson abandonné. Janin (1996) fait un réel lien entre hystérie et dépression, dépression et mélancolie pouvant être provoquées par un traumatisme lié à un « *père séducteur* » ou une « *mère défaillante* ». Dans ces deux cas, Janin observe une sexualisation ratée de la pulsion au moment des remaniements pubertaires empêchés par l'avant-coup du traumatisme.

En 1990, Nasio énonce trois points, qui pour lui, sont centraux à l'hystérie, à savoir l'insatisfaction, l'érotisation et la tristesse. L'insatisfaction se manifeste dans les relations avec autrui où les hystériques endossent le rôle de victime malheureuse, insatisfaite, par crainte des conséquences fantasmatiquement attribuée à la jouissance (ravisement extatique ou peur de la mort). Les sujets attribueront cette insatisfaction à l'autre, cet autre sans cesse insatisfaisant dans sa puissance redoutée ou dans sa faiblesse décevante. La deuxième dimension dont nous parle Nasio est l'érotisation, qu'il qualifie de plus sensuelle que sexuelle, cette érotisation se rapprochant davantage des jeux érotiques et des flirts de l'enfance que de la sexualité adulte. Elle empiète sur le champ relationnel, au risque que l'interlocuteur l'interprète mal, ce qui viendra confirmer l'insatisfaction d'avoir été prise pour ce qu'elle n'est pas. Enfin, lorsque Nasio parle de la tristesse, il évoque l'insécurité identificatoire due aux multiples identifications des hystériques. Ces derniers créent des situations conflictuelles, des drames, mais lorsque ceux-ci prennent fin, ils constatent, avec la douleur de la solitude,

que tout n'était qu'un jeu dont ils sont la part exclue.

En 1996, dans un article portant sur le traumatisme du viol et de l'inceste, le psychiatre Darves-Bornoz revient sur la théorie de la séduction. Pour lui, cette « *séduction* » s'accompagne d'un « *anéantissement de l'identité* ». Il ajoute que la névrose hystérique, est pour lui, un « *syndrome de femmes et d'hommes traumatisés* », les différents syndromes du viol et de l'inceste renvoyant à la névrose hystérique.

Plus récemment, Guttières-Green (2003), revient sur la notion de conversion. Pour elle, le saut dans le somatique permet aux hystériques, de décharger et calmer leur angoisse par l'évitement de la représentation pathogène, mais empêche également la réalisation du désir interdit, en mettant en place une sorte de « *handicap* ». Le recours au somatique permettrait aussi de nier toute origine psychogène et sexuelle de la souffrance. Les symptômes physiques amènent les hystériques à consulter un médecin et ce dernier, touchant, soignant, donne un bon compromis entre le désir et l'interdit. Elle ajoute que par ce biais, le symptôme sert de substitut. Le corps est assimilable à un organe génital, l'organe malade et érotisé permet alors de compenser l'absence du pénis, tout en mettant en scène la castration.

En 2010, le psychiatre et psychanalyste Benedetti dégage plusieurs caractéristiques de la névrose hystérique. Elles sont les suivantes :

Selon l'auteur, les hystériques n'utilisent pas l'agressivité mais leurs propres souffrances pour manipuler les autres, l'agressivité étant généralement refoulée. En effet, les pulsions agressives, mais aussi sexuelles, en conflit avec le Moi idéal, seraient refoulées. La sexualité, conduisant aux rapports sexuels génitaux, serait en désaccord avec l'idéal du moi, ce qui serait également le cas de l'agressivité, ressentie comme « *mauvaise* ». Pour Benedetti, ces refoulements ne sont pas complets car la sexualité apparaît tout de même dans le comportement des hystériques, l'envie de plaire, la séduction d'hommes qui seront ensuite repoussés et dévalorisés, et l'agressivité transparait dans ces dévalorisations.

Une autre particularité des femmes hystériques est le désir d'être un homme. Benedetti explique ce désir comme étant la conséquence du « *rapport génital non résolu avec le père* » et d'un « *vécu précoce de séduction* » par le parent du sexe opposé. Le conflit œdipien non résolu est le noyau central de la névrose hystérique. Le lien intense et érotisé avec le père ne sera jamais entièrement résolu. Ce lien est ambivalent car il renvoie à la fois à un vécu de séduction et à la fois à celui de la frustration car le désir envers le père ne peut être satisfait.

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

Cette frustration pourrait en partie expliquer l'hostilité que les femmes hystériques ont envers les hommes, car ces derniers, comme le père, renvoient simultanément à une source de séduction et de frustration. De plus, le lien avec le père étant le seul lien véritable, les patientes hystériques sont dans l'incapacité de reporter ce lien sur un autre homme, d'instaurer un lien objectal profond avec une autre figure masculine. Pour Benedetti, les hommes seraient alors utilisés dans un but de satisfaction essentiellement narcissique : satisfaction de plaire, d'être admirée... Benedetti a d'ailleurs pu observer une composante narcissique dans de nombreux cas d'hystérie. En plus d'être un lien essentiel, le lien au père est identificatoire. Le désir des femmes hystériques d'être un homme, d'être comme le père, provient de ce lien identificatoire, du fait que l'identification permette d'avoir un objet qui ne peut être possédé et qui implique le désir d'être comme l'objet. Le conflit œdipien non résolu peut aussi se repérer lorsque les patientes ont le désir d'être le « *garçon* » préféré du père, d'être « *celui* » qui héritera de l'entreprise paternelle... A ce lien au père, s'opposent la compétition et l'identification inadaptée avec la mère.

Concernant la conversion, Benedetti dit qu'elle peut s'observer en dehors de la structure hystérique. Il argumente ceci en évoquant la capacité qu'ont les individus à vivre certains affects via des modifications du corps, sans que celles-ci soient pathologiques, sans que celles-ci n'aient fonction de manipulation ou projection.

Benedetti ajoute à la description de la névrose hystérique la dissociabilité des affects. Le Moi hystérique parviendrait sans difficulté à s'identifier à un affect, en supprimant de sa conscience les affects contraires. Pour l'auteur, lorsque nous entendons parler de « *double personnalité* » chez les hystériques, ceci fait référence au fait que ces patients s'identifient à des aspects contraires à la réalité. Il explique ceci par la persistance du principe de plaisir, par le besoin de gratification narcissique, présent dans cette structure de personnalité, ainsi que par un trouble de mémoire ou scotomisation des événements incommodes de la réalité. Les personnes hystériques déforment la réalité, vont jusqu'à altérer leur propre souffrance. Le Surmoi se laisse facilement duper par le Moi, ce qui permet à ce dernier de se bernier lui-même et de bernier le monde. Nous venons d'évoquer la dissociabilité des affects, mais les affects peuvent également être décrits comme intenses et mobiles. Benedetti remarque une « *pseudo-passionnalité* » et une « *extrême labilité des liens objectaux* ». Ces derniers ne durent que peu de temps mais sont intenses sur le moment. L'hyper-valorisation puis dévalorisation de l'objet décrivent précisément l'ambivalence hystérique. Cette instabilité des liens objectaux servirait de défense contre la prise de conscience de la pauvreté de l'amour objectal dont a souffert le Moi.

Pour compenser, au niveau narcissique, le manque d'un lien objectal stable et intériorisé, une « tendance à avoir un pouvoir instable et infantile sur le monde » s'observe. L'image du Soi grandiose sert de masque, nécessite que les sujets déforment leur propre individualité. Les hystériques se mettent en scène, jouent un rôle. Ceci se caractérise par la dramatisation, le besoin d'admiration... Une dévalorisation de soi résultant d'un manque de valorisation parentale et une revalorisation via la revendication du « rôle principal » et la dévalorisation d'autrui s'observent parallèlement. Les sujets perçoivent un objet comme bon s'il les valorise, s'il entretient leur narcissisme et leur est soumis. Inversement, un objet ne valorisant pas les sujets hystériques, sera perçu comme mauvais par ces derniers.

Enfin, Benedetti voit dans la cause de la névrose hystérique, des troubles de maturation intrapsychiques tardifs. Il explique ceci par le fait que le besoin d'exhibition et de manipulation des autres est caractéristique du niveau phallique. En effet, ces besoins prévalent sur des besoins plus archaïques, contrairement à ce qui peut être observable dans la névrose obsessionnelle par exemple.

En 2011, Mc Williams revient sur la description de la personnalité hystérique, en précisant, que bien que le caractère hystérique ou histrionique soit plus présent chez les femmes, il peut également se retrouver chez les hommes. Elle ne fait pas de distinctions entre un caractère hystérique ou histrionique. Seule l'appellation change selon elle, contrairement au DSM, qui, en 1980, reconceptualisait le trouble de personnalité histrionique à l'extrémité la plus pathologique du continuum. Pour Mc Williams, l'hystérie peut être considérée comme une organisation névrotique mais elle ajoute toutefois qu'un certain nombre de personnes peut présenter des pathologies hystériques organisées à un niveau borderline, voire psychotique, de grandes différences existant entre les individus sains et les individus malades. Les assises narcissiques sont plus attaquées chez les sujets qui ont décompensé.

Dans son approche, Mc Williams trouve comme caractéristiques à cette personnalité, une grande anxiété, une grande réactivité dans les relations interpersonnelles et particulièrement dans les relations amoureuses souvent conflictuelles. Les personnes hystériques seraient généralement chaleureuses, intuitives, énergiques, attachées à des situations de drame personnel et de risque, et émotionnellement labiles. Elles seraient comme dépendantes à l'excitation, ce qui expliquerait qu'elles aillent de crise en crise. Mc Williams ajoute à cette description que ces personnes ont généralement des professions à haute visibilité, telles qu'acteur, enseignant...

Cette auteure pense qu'il existe, chez la personne hystérique, une fixation à un niveau

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

œdipien mais également à un niveau oral, avec, comme Khan l'indiquait en 1974, une déception par rapport à la mère lors du maternage précoce et une érotisation précoce de la relation au père. Ceci aurait pour conséquence un amour intense pour le père et un rejet de la mère dévalorisée. Cependant, si la personne hystérique continue à voir les hommes comme forts et excitants, inconsciemment elle les hait ou les envie parce qu'ils ont ce qu'elle n'a pas. Elle va alors avoir recours à sa sexualité, comme une forme de pouvoir donnée par son genre, en cherchant à être séduisante. Les pères des femmes hystériques ont souvent été à la fois séduisants et angoissants, ce qui crée un conflit approche/évitement, un désir/interdit...

La personnalité histrionique serait dépendante des autres car elle s'attache à eux de manière idéalisée. L'attractivité sexuelle, étant perçue comme le seul pouvoir associé à la féminité chez la femme hystérique, est surinvestie. Chez la femme histrionique, la séduction est utilisée comme défense narcissique afin de restaurer l'estime de soi. Dans l'imagerie fantasmatique des hommes et des femmes hystériques, des symboles représentant la possession d'un utérus et d'un pénis se retrouveraient, masculinité équivalent à activité et féminité à passivité.

Enfin, Mc Williams propose une réflexion sur la prise en charge thérapeutique. Pour cette dernière, une femme hystérique face à un thérapeute sera excitée, intimidée et défensivement séductrice, alors qu'elle sera subtilement agressive et en compétition face à une thérapeute. Le contraire peut certainement être observé chez les hommes hystériques, qui seront davantage dans la séduction face à une thérapeute et plus dans la compétition face à un thérapeute. Elle ajoute que la prise en charge des patients borderlines et psychotiques avec traits hystériques est difficile car ces patients font souvent des actings agressifs et peuvent se sentir menacés par la relation établie avec le thérapeute.

En 2014, pour Bulat-Manenti, l'hystérie est la preuve que le corps est perpétuellement « *en demande de son refoulement pour pouvoir exister* », est la preuve que corps et langage sont liés, qu'il y a un manque dans le symbolique, manque qui serait lié à l'idée de la castration maternelle. Bulat-Manenti associe également la notion de « *fantasme de séduction* » de la figure paternelle à l'hystérie, ce désir étant traumatisant car impossible à assouvir puisque incestueux et traumatisant car minimisé, puis refoulé. Pour elle, le père séduit pour échapper à l'inceste maternel, ce qui permet à l'individu d'aimer sa mère différemment ; le fantasme de séduction du père naît de l'interdiction de l'inceste avec la mère. Les symptômes viendraient alors prouver l'existence d'un père, séducteur, violeur, et du souhait de son meurtre afin de retrouver l'Un premier maternel. Le statut de violeur donné au père a pour

fonction d'expliquer la « *castration maternelle* », il faut alors essayer d'enlever son attribut phallique. L'enfant ne peut accepter le manque de phallus chez la mère car il est fantasmatiquement mis à cette place par la mère et donc accepter ce manque pourrait être un risque de partir dans le néant. Cette haine envers ce père castrateur doit être refoulée car il doit être aimé et doit continuer de protéger de la jouissance maternelle mortifère. Le père séduit mais la séduction ne doit pas aller jusqu'au bout, la castration étant le risque. Filles, comme garçons, redouteraient cette castration, cette féminisation par le père. Les états dépressifs des hystériques seraient la conséquence du refoulement de l'agressivité associée à un désir incestueux. Bulat-Manenti constate également, chez les hystériques, une contestation du rôle du père, en même temps qu'une demande d'un père infallible. En grandissant, le questionnement autour du phallus, confondu avec le pénis, demeure et l'hystérique « *exige que le maître puisse répondre de son désir de pénis/phallus* ».

Pickmann, en 2014, propose une théorie expliquant la somatisation, la conversion, dans les structures hystériques. Pour elle, les symptômes somatiques des hystériques témoignent qu'un processus physiologique « *peut être perturbé par son lien à la demande et au désir de l'Autre* ». Cette psychanalyste trouve dans la fonction organique quelque chose relevant de la satisfaction pulsionnelle, du fantasme. C'est comme cela qu'elle explique que toute partie du corps peut « *s'enflammer, fonctionner comme un organe sexuel* » ou s'apparenter à des troubles névrotiques, à partir du moment où une jouissance, dont la signification reste inconnue au sujet, vient se fixer sur cette partie du corps. Elle ajoute que le fantasme de séduction par le père donne un sens au trauma hystérique. Le père est l'incarnation du désir, plus que l'objet du désir. Le fantasme de séduction hystérique vient donner sens au mystère du désir de l'Autre. Pour l'hystérique, le désir vient de l'Autre, d'un Autre qu'elle a toujours fait chuter de sa place d'Autre. En plus, d'utiliser le père pour structurer le désir, l'hystérique attend de lui de comprendre ce qu'est une femme.

En 2014, Pesenti-Irrmann théorise autour de la caractéristique qu'elle pense principale à l'hystérie : le souhait d'être aimé(e), l'« *exigence de l'amour* », la passion pour l'amour. Cette quête de l'amour est universelle, est présente chez chacun, mais elle est « *plus encombrante* » chez l'hystérique. Pour cette psychanalyste, l'amour mis en œuvre par l'hystérie serait la manière trouvée pour « *faire condescendre sa jouissance au désir* ». En reprenant le terme de « *hainamoration* », proposé par Lacan lors d'un séminaire de 1975, indiquant un rapport à l'autre n'étant ni amour, ni haine, mais « *obstination que cela ne cesse*

Cadre théorique : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

pas de s'écrire », Pesenti-Irrmann fait l'hypothèse que cette « *hainamoration* » est la façon trouvée pour éloigner « *l'impossible de "il n'y a pas de rapport sexuel"* ». L'hystérie est attachée à l'obstination de l'amour, d'autant qu'elle cherche à insatisfaire la jouissance. La jouissance de l'hystérique est de laisser sa jouissance insatisfaite.

Blaquière (2014) étudie cette insatisfaction et la frigidité des hystériques afin de comprendre le mode de jouissance des hystériques. L'hystérique s'identifierait à l'homme afin de questionner le mystère du féminin : la jouissance féminine. Cette psychanalyste suppose que, chez l'hystérique, l'accès à une jouissance féminine dépend de l'acceptation du fantasme incestueux, ce qui permettrait l'accès à une jouissance Autre. La frigidité serait la conséquence du fantasme incestueux inconscient, serait mise en place pour se protéger de l'inceste, sur le plan symbolique. La frigidité hystérique s'inscrirait dans « *une logique phallique* », tout en abandonnant volontairement la satisfaction qui en découle, l'hystérique maintenant son désir insatisfait. Blaquière propose alors la notion de « *jouissance négativement phallique* » pour rendre compte du type de jouissance en jeu chez l'hystérique. Il s'agit d'une jouissance pas totalement phallique mais pas vraiment différente. L'hystérique a recours à la négation, s'en tient à un « *ça n'est pas ça* » mais garde toujours espoir de trouver l'objet qui comblera convenablement et définitivement son manque. Ainsi, elle accumule les déceptions, à la quête de cet objet. Etre dans la négation permet alors à l'hystérique d'accéder à la jouissance phallique. L'insatisfaction, la négation, renvoient à la fois à un refus et à un souhait de rentrer dans une logique phallique. L'hystérique profite donc de la jouissance phallique tout en la refusant.

Depuis 1985, Schaeffer propose l'origine de l'hystérie dans le traumatisme causé par l'arrivée brutale de la sexualité adulte dans le corps pubère, ce qui conduirait à une désorganisation. Ces sujets se trouvent dans l'incapacité à maîtriser cette sexualité et ils tentent de s'en échapper en la rejetant hors psychisme et notamment en la rejetant dans le corps de l'autre. Après plusieurs années de théorisation, Schaeffer (2014), apporte une description fine de l'hystérie. Pour cette psychanalyste, l'hystérie se déploie à la puberté, consécutivement à une poussée libidinale, mais ce que Schaeffer perçoit comme problématique à la différence des sexes est le « *surgissement du féminin érotique, effractif pour la fille, comme pour la garçon* ». Cette période de puberté est marquée par une recrudescence du conflit œdipien et de l'angoisse de castration, des angoisses du féminin, et par le questionnement de comment être un être sexué en étant dépourvu d'un pénis. Les deux sexes vont passer par une période de surinvestissement du pénis pour se détacher de l'imago

de la mère toute-puissante, de l'emprise maternelle, ce qui va engendrer l'angoisse de castration, et pour tenter d'apporter une solution au problème du féminin. Alors intervient la peur de la jouissance sexuelle, qui nécessite que la représentation du fantasme homosexuel de l'inceste avec la mère (ou la sœur) soit dépassée. Le garçon, ayant un pénis contrairement à sa mère, y parvient plus aisément. Il est également aidé par l'angoisse de castration et l'identification paternelle qui lui permettent de « *symboliser la partie pour le tout* ». La fille, quant à elle, va avoir recours à la « *logique phallique* ». L'envie de pénis renvoie à une envie phallique narcissique et non érotique car elle a conscience que ce manque ne la privera pas de sensations sensuelles.

Les « *angoisses de féminin* » accompagnent l'angoisse de castration, chez les filles et les garçons, mais différemment. La mère n'ayant pas muni la fille de pénis, cette dernière se tourne vers son père pour lui adresser son besoin de reconnaissance et adresse à sa mère des reproches. Il s'agit de la première transgression, de la trahison primitive, de la castration de l'imaginaire maternelle phallique. Une fille deviendra femme que contre le féminin maternel. Se séparer de la mère, c'est la penser en tant que femme et la petite fille va vers le père ; ceci signe l'entrée dans l'Œdipe. La fillette attend de son père une réparation narcissique du préjudice causé par l'absence de pénis, d'être aimée en tant que fille, la reconnaissance de ce père, un nouveau regard, celui d'un homme.

Schaeffer (2014) parle également de la place de l'angoisse chez l'hystérique. Pour elle, l'hystérique est attaché à son angoisse, joue et érotise l'angoisse, a peur d'oublier d'avoir peur. L'angoisse se développe sans cesse, augmente le niveau d'excitation pulsionnelle et conserve une tension continue. L'hystérique se met en position de victime et projette, sur autrui, sa pulsion, dans le but de le rendre coupable, de lui faire vivre le même dommage qu'elle pense avoir vécu. L'hystérique se plaît à rejouer le « *traumatisme venu du dehors* », ce qui lui permet de nier l'origine interne de la pulsion. Ce que l'hystérique répète est l'insatisfaction. Elle a le désir du désir insatisfait. Il en est de même dans la séduction. La séduction a pour but de rejouer, de projeter le sexuel survenu brutalement lors du développement, afin de susciter le désir, mais aussi la même brutalité vécue, l'objectif ultime de cette séduction étant la déception.

Résumé du chapitre III : L'hystérie au cœur de la psychanalyse.

Dans certaines théories, notamment dans les conceptions freudiennes et bergerésiennes, il existe deux types d'hystérie ou de structures hystériques, une se caractérisant par une conversion, l'autre par une angoisse, le point commun étant une pensée incestueuse refoulée et déplacée, soit sur une partie du corps, soit dans une angoisse, une phobie.

L'organisation défensive de l'hystérie se traduit par la « Belle indifférence », par un recours puissant au refoulement, mécanisme de défense caractéristique de l'hystérie. Le refoulement peut suffire à lui seul pour refouler les pensées incestueuses ou peut s'accompagner d'autres mécanismes défensifs.

Autre point caractéristique de cette névrose est le fait que les hystériques maintiennent volontairement leur désir insatisfait. Pour les psychanalystes, ce que craint l'hystérique est de jouir sans limite. Pour s'en protéger, il met en place le fantasme angoissant de castration. L'angoisse de castration lui permet alors d'oublier la crainte de céder à la jouissance. La castration ne concerne que le phallus. Avec la conversion, une érotisation générale du corps et une déssexualisation de la zone génitale sont permises. La conversion permet alors à l'hystérique de se défendre de la menace de castration et de l'anéantissement par la jouissance.

Les hystériques présentent également des difficultés d'identification sexuelle. La problématique identitaire du féminin serait au cœur de l'hystérie.

Enfin, pour finir la description de l'hystérie, nous pouvons ajouter qu'il y a une non-résolution du complexe œdipien, s'accompagnant d'un besoin de séduction sexualisée, d'avidité affective. De ce fait, ce sont des personnes qui auront une vie sentimentale tumultueuse. Les difficultés d'identification que rencontrent les hystériques, principalement d'identification sexuelle, servent également d'explication à leurs comportements séducteurs. Schaeffer (2000) ajoute que les hystériques multiplient les partenaires pour tenter de refouler des souvenirs inacceptables de leur sexualité infantile ayant tendance à revenir régulièrement à la conscience.

IV – L'hystérie aujourd'hui.

1. Ce qui est dit de l'hystérie aujourd'hui.

Comme dit précédemment, l'hystérie a disparu des classifications psychiatriques des troubles mentaux mais tous les psychiatres ne partagent pas pour autant ce même avis. C'est par exemple le cas de Bollas (2000) ou encore Benhamou et Chenivesse (2009), qui affirment que l'hystérie existe encore. Bollas va jusqu'à mettre en garde contre la méconnaissance de la névrose hystérique, en en donnant les conséquences négatives. Benhamou et Chenivesse (2009), quant à eux, expliquent que l'hystérie existe toujours par la capacité qu'elle a à changer de formes.

Certaines réflexions actuelles situent l'hystérie dans la catégorie des états-limites, dans les états entre névrose et psychose. Cette question pouvait déjà se poser au temps de Freud, lorsque celui-ci parlait occasionnellement de « *psychose hystérique* », notamment en évoquant les aspects délirants de certaines névroses hystériques. Il faut parfois que peu de chose pour passer de l'hystérie grave au fonctionnement limite. Le diagnostic dépendra alors de l'évolution du patient, notamment de l'ampleur de la régression. La part de fonctionnement limite se retrouve également dans le DSM V où le « trouble dissociatif de l'identité » ressemble au clivage de la personnalité hystérique décrit par Freud et Breuer, en 1895.

Plusieurs auteurs ont apporté des éléments pour faciliter le diagnostic différentiel entre hystérie et états limite. Pour Kernberg (1979), les sujets hystériques font preuve d'une capacité à établir des relations durables avec autrui et d'une bonne adaptation à leur travail, autrement dit les patients hystériques font preuve d'une relation d'objet de qualité supérieure à celle des patients dits « limite ». Pour Green (2000), il vaut mieux s'intéresser au mode de fonctionnement plutôt qu'aux symptômes, pour poser un bon diagnostic. Il décrit alors le « *caractère sexuel ambivalent* » caractéristique des hystériques : les hystériques souhaitent être aimés de l'objet mais cherchent également à le détruire. Il ajoute que les hystériques décompenseront vers la somatisation ou vers une structure non névrotique. Enfin, il explique la complexité d'un choix identificatoire, soit masculin, soit féminin, dans la scène primitive,

Cadre théorique : L'hystérie aujourd'hui.

due à la bisexualité. De plus, dans les fonctionnements limite hystériques, le conflit œdipien est rendu difficile par la perméabilité des limites intrapsychiques et par la sensibilité à la problématique de perte, fragilisant alors le moi. Quant aux fonctionnements narcissiques hystériques, une carapace narcissique plus ou moins forte vient masquer le noyau hystérique. La séduction et l'érotisation des relations, bien que moins prégnantes, sont observables (Lepastier & Vuillod, 2012).

Alors que dans plusieurs ouvrages, il est dit que les spectaculaires crises d'hystérie ont disparues, que l'hystérie de conversion est moins courante qu'elle ne l'était à l'époque de Charcot et Freud et que la symptomatologie hystérique a évolué vers la plainte dépressive ainsi que vers des maux psychosomatiques moins précis, Halligan, Bass et Marshall (2001), après avoir collecté toutes les données épidémiologiques, arrivent à la conclusion qu'aucun argument ne peut confirmer une diminution de l'hystérie de conversion au XXème siècle. Les recherches d'Akagi et House (2001) mènent à la même conclusion : la fréquence de l'hystérie de conversion a été constante durant les cent dernières années dans l'ensemble des pays développés.

En effet, les symptômes somatiques ne pouvant être expliqués objectivement se multiplient et nous pouvons remarquer l'apparition parallèle de nouveaux termes venant masquer celui de « conversion hystérique ». Il arrive, par exemple, d'entendre parler du lien entre hystérie et spasmophilie, terme que nous devons à Klotz (1948). La spasmophilie est alors accusée de contribuer au démantèlement de l'hystérie. Aujourd'hui, jugée comme un euphémisme pour « *crise d'hystérie* », elle ne trouve plus sa place dans les traités de médecine. Un autre exemple peut être celui des « *troubles musculo-squelettiques* ». Il s'avère qu'une majorité de ces troubles ne renvoie à aucune cause organique. Les médecins du travail les mettent d'ailleurs en lien avec des conflits psychologiques (Lemaitre, 2000). Les crises d'épilepsie, les syncopes, les vertiges, la fibromyalgie ou encore les paralysies énigmatiques, apparaissant chez les femmes, comme chez les hommes, peuvent également constituer les nouvelles manifestations hystériques (Bulat-Manenti, 2014).

Récemment, certaines recherches en neuro-imagerie portent sur l'hystérie et notamment sur la conversion hystérique. En 2014, Auxéméry propose une synthèse des résultats obtenus. Concernant les paralysies de conversion, il semblerait que la représentation de l'action serait maintenue au niveau cortical, l'empêchement de la réalisation du geste apparaissant plus tardivement. Un mécanisme de contrôle serait dysrégulé (couplage négatif entre le cortex préfrontal dorso-latéral et l'hippocampe) et expliquerait l'action inhibitrice des

traces mnésiques automatiques. Il y aurait également une diminution de l'activité du lobe pariétal controlatéral qui permettrait d'expliquer le lien entre les facteurs psychologiques et le contrôle moteur. L'hypo-activation du précuneus controlatéral pendant le mouvement, et non durant la mentalisation, témoigne du caractère involontaire de la conversion. Ces récents résultats permettent donc l'objectivation de la conversion hystérique. Pour les professionnels les moins convaincus de l'existence de l'hystérie, les données de la neuro-imagerie fonctionnelle permettent la pose d'un diagnostic objectif de conversion, confirment les conceptions psychanalytiques de l'hystérie de conversion et permettent de faire la distinction entre conversion et simulation. La prise en charge peut être améliorée car ces résultats peuvent diminuer le contre-transfert négatif des praticiens. De plus, ces résultats objectifs peuvent permettre une meilleure acceptation du trouble par les sujets.

Dans une étude récente, Lindenmeyer (2015) conclut que le « *recours aux transformations esthétiques de comblement ou d'augmentation* » contribue à la lutte contre l'angoisse de castration et peut constituer également, de ce fait, de nouvelles modalités hystériques.

Pour conclure, nous pouvons dire que les manifestations de l'hystérie ont changé selon les époques, mais aussi selon l'idéal féminin et les modèles de virilité. Par exemple, au XIX^{ème} siècle, où l'idéal féminin rimait avec sensibilité, douceur et fragilité, les femmes hystériques s'évanouissaient élégamment. Aujourd'hui, nous entendons davantage parler de « *spasmophilie* » ou encore de « *personnalité multiple* ».

Enfin, comme nous avons pu le voir notamment dans les théories lacaniennes, l'hystérique cherche un maître, non pas pour en devenir son élève, mais au contraire pour mieux régner sur lui. Le discours du maître ne lui apportera jamais de savoir et l'hystérique gardera toujours un pas d'avance sur le maître, fera toujours objection au discours du maître, afin de garder son désir insatisfait, ainsi l'hystérique ne cesse de créer de nouvelles formes cliniques et nous pouvons nous attendre à ce que l'hystérie se travestisse encore dans l'avenir.

2. Données épidémiologiques.

Nous trouvons assez peu d'études épidémiologiques récentes de l'hystérie dans la littérature scientifique car celles-ci doivent reposer sur des cas fiables, sur une population

Cadre théorique : L'hystérie aujourd'hui.

appropriée. Comme dit précédemment, les personnes hystériques ne consultant pas en psychologie, psychiatrie, il est dur de recueillir des données. En effet, les angoisses et symptômes dont souffrent les hystériques les poussent davantage à consulter les médecins. Ces sujets s'adresseront à des psychologues, psychiatres, que très rarement. De plus, les hystériques ont une réelle volonté de plaire et cherchent alors à masquer leurs différences, à répondre aux demandes de l'interlocuteur. Par exemple, elles se montreront plus obsessionnelles ou phobiques car la névrose obsessionnelle et la phobie sont devenues les troubles de nos sociétés actuelles.

A ceci, s'ajoutent la disparition du terme « *hystérie* » des classifications internationales des troubles mentaux et l'apparition de nouveaux termes s'apparentant, de près ou de loin, à des symptômes hystériques, ce qui peut constituer un biais aux données épidémiologiques car le diagnostic de « *névrose hystérique* » ne sera plus posé.

Enfin, les tableaux cliniques purs de la théorie se font extrêmement rares dans la pratique. En effet, la comorbidité a une place importante. Et comme nous avons pu le voir, des traits hystériques peuvent se retrouver également dans les structures de personnalité psychotique ou les organisations limites-narcissiques.

Nous avons donc, aujourd'hui, une vue quelque peu imprécise de l'épidémiologie de l'hystérie.

En 2002, Akagi et House se demandent si l'hystérie est devenue rare ou si elle a simplement disparue. Ils pointent toutes les difficultés que les chercheurs rencontrent pour obtenir des données épidémiologiques de l'hystérie représentatives de la réalité. Elles sont les suivantes : le problème de la définition qui est la conséquence directe de la multiplicité des termes pouvant renvoyer à l'hystérie, notamment avec son éclatement en plusieurs troubles dans les classifications internationales des troubles mentaux ; le problème de la définition des cas et le manque de méthodes de dépistage précis ; enfin la difficulté de sélectionner une population appropriée à étudier. Le résultat de ces obstacles à la recherche est une vision plus que floue de l'épidémiologie de l'hystérie et l'obtention d'une très grande variation des résultats selon la méthodologie utilisée.

Ces auteurs ont passé en revue toute la littérature sur ce sujet et concluent que la majorité des recherches déjà faites montrent que les psychiatres ne rencontrent qu'une minorité des cas d'hystérie. D'autres études encore témoignent, malgré la difficulté à identifier de réelles preuves, de la non-disparition de l'hystérie, notamment dans les pays occidentaux.

Enfin, Akagi et House (2002) concluent que l'épidémiologie de l'hystérie a longtemps été négligée et que de nouvelles recherches utilisant des méthodes rigoureuses sont nécessaires. Pour ces auteurs, l'hystérie a seulement disparue dans le sens où elle n'est plus considérée comme un objet de recherche, bien qu'elle demeure encore.

Ajoutons que Vuillod (2015) constate, à la vue des diagnostics psychiatriques, un « *sous-diagnostic du trouble de la personnalité histrionique et d'un sur-diagnostic du trouble de la personnalité obsessionnelle dans l'hystérie* », les troubles dépressifs, anxieux et somatiques étant communs à ces deux troubles. A travers une recherche, elle prouve l'existence de différences significatives entre les diagnostics psychiatriques et psychanalytiques de l'hystérie. Cela peut alors rendre difficile le recueil de données épidémiologiques car selon l'obédience théorique du chercheur, les résultats seront différents.

a) *Hystérie et genre.*

La prévalence indique que 1/2 à 2 % de la population présenterait une hystérie. Il y a une forte prédominance féminine : environ 9 cas de femmes pour un homme.

Nasio (1990) explique, d'un point de vue psychanalytique, cette prédominance féminine. En gardant à l'esprit que l'angoisse de castration est au cœur du tableau clinique de l'hystérie, il explique que les femmes seraient plus sensibles que les hommes à l'identification phallique, notamment du père, et donc elles auraient plus tendance à rester figées à cette identification que les hommes.

Kristeva (1996) explique cette prédominance des femmes par le fait que la bisexualité est plus présente chez le sexe féminin.

Delage (2002) explique ce sex-ratio d'une façon différente et dénonce une vérité qui serait tout autre selon lui. Pour lui, les médecins de sexe masculin auraient tendance à sous-estimer le nombre de cas d'hystérie masculine et ne seraient pas exempts des préjugés sur la féminité et l'hystérie. En s'intéressant aux études portant sur les divers types de personnalités, Delage a remarqué que la personnalité histrionique semblait répartie de façon équivalente entre les deux sexes, tandis que la personnalité passive-dépendante était deux fois plus présente chez les femmes et la personnalité narcissique plus présente chez les hommes. A la vue de ces résultats, il s'interroge encore sur leur fiabilité en évoquant le biais selon lequel les hommes évoquent plus volontiers le narcissisme chez les hommes, que l'hystérie.

b) Hystérie et âge.

L'hystérie ayant longtemps été considérée comme une maladie de l'utérus, peu de travaux portaient sur l'hystérie chez les enfants. Il a fallu attendre les années 1880-1900 pour que les neurologues, psychiatres et autres professionnels s'intéressent à l'hystérie chez les jeunes enfants, voire chez les nourrissons.

Les premières manifestations hystériques apparaissent généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La personnalité se construisant progressivement, nous ne pouvons parler de névrose hystérique, de structure hystérique, avant 18 ans. Néanmoins, des manifestations de conversion sont toutefois courantes chez les enfants et adolescents. Prenons pour exemple l'un des cas d'hystérie le plus connu, celui de Dora. Dès l'âge de 8 ans, cette dernière souffrait d'une gêne respiratoire. Puis à 12 ans, des migraines et accès de toux nerveuse firent leur apparition.

Contrairement à l'âge adulte, les conversions hystériques se retrouvent équitablement chez les filles et les garçons. Elles surviennent vers six ans, en période de latence, chez des enfants qui ne sont pas parvenus à refouler les conflits œdipiens, mais surviennent également à la préadolescence et adolescence au moment de la réactivation de ces conflits.

Pour Gérardin (2002), il est nécessaire de connaître le développement normal des enfants pour pouvoir repérer une conversion hystérique chez ces derniers. Lors des différents conflits, constituant la névrose infantile, que les enfants traversent, ils mettent en place des défenses pour lutter contre les angoisses générées, ont recours à des stratégies faisant intervenir le corps le plus souvent. Ces stratégies peuvent donc être des manifestations corporelles hystéroïdes mais également phobiques et obsessionnelles. Lorsque celles-ci ne sont pas suffisantes pour vaincre l'angoisse, les symptômes peuvent alors perdurer, jusqu'à devenir envahissants et peuvent constituer un frein au développement psychique normal. De névrose infantile normale, nous passons à une névrose pathologique de l'enfant. La conversion renvoie alors à un conflit inconscient. Gérardin évoque également la valeur symbolique des troubles ainsi que la présence, parfois, d'un événement déclencheur. Il ajoute que les enfants, contrairement aux adultes, ne sont pas indifférents à leurs symptômes.

L'hystérie chez les enfants est à ne pas confondre avec les traits de caractères hystéroïdes comme le théâtralisme, la séduction ou encore des plaintes somatiques passagères ayant pour objectif de demander l'attention des parents.

Comme chez les adultes, le diagnostic peut être difficile à poser car les enfants peuvent mentir, imiter des symptômes. Dans ce cas, c'est la persistance du symptôme dans le

temps qui permettra d'orienter le diagnostic vers une structure hystérique.

Enfin, en 1995, Lebovici indique qu'il n'y a aucune continuité entre les formes de la névrose hystérique infantile et adulte.

En 2003, Ploton, Gaucher, Ribes et al. considèrent l'hystérie comme la deuxième cause d'institutionnalisation des personnes âgées, juste après la démence. Les premières indications objectives, renvoyant à la somatisation, peuvent parfois amener à une confusion et faire penser à une pathologie organique ou encore à l'hypocondrie.

Toujours en 2003, Pellerin, Pinquier et Potart préviennent de la difficulté à poser le diagnostic d'hystérie chez les personnes âgées, les conversions hystériques pouvant être difficiles à détecter dans le cadre d'une polypathologie et les symptômes dissociatifs pouvant rappeler ceux de certaines démences. De plus, ces manifestations peuvent apparaître sans la présence d'une personnalité histrionique. Enfin, il ne faut surtout pas faire des manifestations bruyantes et inadaptées dues au vieillissement, des expressions de la névrose hystérique. En revanche, ce lien peut être fait lorsque les sujets âgés utilisent constamment la même solution face aux nouvelles contraintes du vieillissement. Chez les personnes âgées, l'hystérie peut s'inscrire dans la suite de l'histoire psychologique du patient s'accompagnant de décompensations dépressives et passages à l'acte, mais peut aussi s'exprimer par des formes plus régressives. Parfois, elle peut aboutir à un vieillissement réussi lorsque les investissements sont davantage mentalisés et favorables à de nouvelles identifications. Les différentes expressions hystériques peuvent n'être que transitoires ou alors durables. Bien que l'hystérie chez les personnes âgées revête différents masques, les auteurs présentent les différents aspects de l'hystérie chez les personnes âgées et parlent notamment des manifestations somatiques et psychiques et de la personnalité hystérique. Les manifestations somatiques ou troubles de conversion transitoires sont rares chez les personnes âgées hystériques. Ils peuvent se repérer lorsque les patients âgés parlent de leurs préoccupations somatiques avec beaucoup d'intensité affective. Enfin, ils identifient la souffrance dépressive des personnes âgées hystériques face à une excessive tristesse, de l'anxiété, un ralentissement et un désinvestissement. Ils ajoutent que ce tableau clinique peut être complété par une régression caractérisée entre autres par la prostration, la dénutrition ou encore par la déshydratation ou les escarres. Des décompensations délirantes ou d'allures déficitaires peuvent parfois être présentes également. Enfin, les auteurs s'accordent pour dire que l'organisation mentale des personnes hystériques âgées est caractérisée par la peur de perdre leur identité en s'impliquant dans une relation avec autrui, mais aussi par l'insatisfaction de ne

Cadre théorique : L'hystérie aujourd'hui.

pas s'engager dans cette relation.

Dans une recherche plus récente, de Conto (2010) s'est également intéressée au lien entre hystérie et vieillissement. Pour cette psychologue clinicienne, des traits préexistants, mais compensés jusqu'à présent par un bon équilibre, peuvent émerger avec l'âge, avec les changements corporels, environnementaux... L'hystérie peut donc aussi se manifester tardivement et se rapproche, au grand âge, des plaintes hypocondriaques. Le champ fantasmatique est proche du néant, tout tourne uniquement autour des plaintes somatiques. La deuxième manifestation clinique dont parle de Conto est « *une facticité involontaire de l'expression* » allant de la dramatisation à la belle indifférence. Les personnes âgées racontent de façon théâtrale leur quotidien, décrivent leurs symptômes ou à l'inverse, narrent la réalité, objectivement pénible, de manière détachée, désaffectivée. Des « *perturbations des conduites sexuelles* » peuvent être repérées : les sujets sont dans une érotisation des relations, aussi bien au niveau du discours, qu'au niveau comportemental. Les personnes âgées adopteront alors des comportements de séduction envers les personnes du sexe opposé ou semblant détenir du pouvoir et des comportements de rivalité avec les personnes du même sexe. Mais avec le temps, la déception de ne pas être soignés augmente, la déception face aux médecins grandit, et espoir et séduction laissent place aux mécontentements, à la revendication et aux exigences. Des manifestations anxio-dépressives sont également présentes. Celles-ci ne sont pas que le fruit d'une dramatisation mais sont bien réelles. Enfin, de Conto conclut en disant que des délires interprétatifs, des hallucinations aux thématiques parfois crues peuvent être observables lors de décompensation hystérique chez les personnes âgées.

c) *Hystérie et environnement social.*

Les manifestations hystériques et leurs durées sont variables et dépendent de l'environnement socio-culturel des patients, de leur niveau socio-économique, éducatif et psychologique. Par exemple, l'attitude de l'entourage joue un rôle dans l'évolution de l'hystérie : si l'entourage est particulièrement protecteur ou le conjoint très attentionné, prévenant, l'hystérie sera entretenue. Israël, en 1976, disait que comme tous les comédiens, les hystériques ont besoin d'un public. Ainsi, il disait qu'« *à côté du donner à voir de l'hystérique, il existe aussi une demande de regarder* ».

Lors des hospitalisations, les contre-transferts des équipes soignantes peuvent aider à la pose du diagnostic d'hystérie. Ces patients suscitent des réactions contradictoires. Leurs

discours vagues peuvent mettre en avant les points faibles et failles des équipes, ce qui entraîne parfois des conflits au sein des équipes soignantes. Ce cas de figures peut aussi s'observer dans le contexte familial. L'ensemble de ces conflits entretient les hystériques.

3. L'hystérie et la culture

Précisons que ce qui peut être considéré comme conversion hystérique dans notre culture occidentale peut être toute autre chose dans une autre culture. La plainte somatique peut être culturellement codée. Dans certaines cultures, par exemple, il faut exprimer ouvertement sa souffrance avec son groupe d'appartenance, notamment via les voies corporelles. Il serait donc dommage de se tenir au diagnostic d'hystérie et de faire abstraction de la dépression sous-jacente dans certains cas. Devereux, en 1977, soutient que la nécessité d'expressivité théâtrale pouvait être, notamment pour les sociétés qui pour des raisons religieuses, guerrières ou autres, idéalisent les états paroxystiques et la guérison par la crise, un moyen « *paradoxal* » pour résoudre certains conflits et anéantir l'angoisse.

En 1988, Pierloot et Ngoma proposent une étude comparative sur les manifestations hystériques entre un groupe de trente patients africains et un groupe de trente patients occidentaux, tous présentant une structure hystérique. Leur recherche révèle que les manifestations somatiques et états d'excitation sont plus fréquents dans le groupe de patients africains, tandis que les manifestations dépressives, addictions et troubles de l'alimentation s'observent davantage dans le groupe de patients occidentaux. Les traits de la personnalité histrionique, tels qu'ils sont définis dans le DSM III, sont présents dans les deux groupes mais chez les patients africains, ces traits sont exprimés plus ouvertement, plus directement, que chez les patients occidentaux, ces derniers étant plus dans l'introversion. Les auteurs expliquent ces différences en prenant en considération les différences culturelles ayant des répercussions sur les convictions religieuses et philosophiques ou encore sur le lien entre la mère et l'enfant.

Pour Lepastier et Vuillod (2012), les expressions corporelles, les symptômes somatiques sont, à quelque chose près, les mêmes dans toutes les cultures. A l'inverse, le récit des patients seront différents car ils racontent leur histoire en fonction de ce qu'ils pensent être les attentes inconscientes de l'interlocuteur et ce dernier interprète les propos selon les

Cadre théorique : L'hystérie aujourd'hui.

représentations mentales des patients. Ainsi, il est important de s'intéresser aux caractéristiques culturelles. Ils ajoutent que les processus hystériques se retrouvent dans toutes les organisations psychopathologiques et subsistent, indépendamment des différents facteurs culturels, car ils font référence au sexuel infantile jouant un rôle dans la bisexualité psychique et le complexe d'Œdipe.

Inversement, Dassa, Kpanaké, Tordjman et Ferrari (2010) expliquent ne pas avoir trouvé de preuve confirmant l'universalité de la psychopathologie de la névrose hystérique, lors de leur recherche auprès d'adolescents. Selon ces auteurs, la société africaine demande implicitement aux femmes d'être histrioniques. Ils argumentent ce propos en disant que la société demande à ce que les femmes soient belles, séduisantes, fragiles, dépendantes. En revenant sur le rôle des pères, ils expliquent que les adolescentes deviennent « *des victimes propitiatoires nécessaires aux égarements et désirs sexuels individualistes des pères* ». Les adolescentes vont avoir tendance, face à la détresse psychologique engendrée par ces attentes paradoxales, à somatiser les conflits psychiques, plutôt que sombrer dans la dépression. La culture leur inculque de préserver leur esprit, au détriment parfois du corps. Il arrive que dans certains cas, transes et hallucinations soient attendues. De ce fait, il peut être abusif de considérer ces manifestations comme étant pathologiques, car dans la culture africaine, il s'agit au contraire de comportements normaux. Pour ces auteurs, l'hystérisation fréquente des conflits parents-filles renvoie à la problématique de la sexualité chez les adolescentes africaines. A cet âge, transmission, mariage et éducation sexuelle font partie des sujets abordés par la famille et la jeune fille y répond par des manifestations où la symbolique sexuelle est fortement présente, où le conflit œdipien est réactivé et l'enjeu devient l'amour des parents.

En faisant un inventaire de la littérature, nous pouvons remarquer que de nombreux auteurs se sont également intéressés aux ressemblances ou différences entre possession et hystérie. Tel est le cas de Nathan (1986) ou encore Mestre (2001) ou Moustache (2002). Nathan (1986) fait bien la distinction entre possession et hystérie, bien qu'il admette que toutes deux ont pour point commun « *l'opposition corps contenu/corps agité* » et que chacune résout une problématique en ayant recours à un même mécanisme qui est le passage du corps contenu au corps agité, du corps « *tétanisé* » au corps « *épileptisé* ». Il ajoute que possession comme hystérie, touche majoritairement les femmes et la notion de labilité de l'humeur, labilité du discours, sont présentes dans ces deux phénomènes. Toutefois, il les différencie en

disant que la conversion hystérique relie deux univers distincts mais de même niveau, tandis que la possession lie deux univers hiérarchiquement dépendants. Ainsi, il assimile le cas de Dora à un cas de conversion hystérique et le cas d'Anna O. à un cas de possession.

Mestre (2001) s'est intéressée au diagnostic d'hystérie dans un hôpital malgache et a remarqué que les familles et soignants parlaient de « *tromba* », c'est-à-dire de possession, tandis que les médecins employaient le terme « *hystérie* » pour désigner un même patient. Les symptômes font donc partie de systèmes de représentations culturels et sociaux, systèmes non reconnus dans le milieu hospitalier. Cette médecin et anthropologue lie la possession à l'hystérie en leur trouvant comme point commun la lutte contre des images de sexualité débridée et de menace pour l'ordre.

Pour Moustache (2002), la plus grande différence entre possession et hystérie réside dans l'importance du contexte social. Ceci se retrouve dans le fait que l'hystérie révèle angoisses et désirs par le biais de symptômes, donc par un mode d'expression qui est propre à la personne, tandis que dans un cas de possession, le « *possédé* » doit se conformer aux images traditionnelles de personnages mythiques ou encore religieux. Comme dans les structures hystériques, Moustache constate une grande part d'histrionisme et d'exhibitionnisme dans la possession : ce phénomène permettrait à des personnes désespérées par la vie, d'attirer l'attention de leur entourage, d'endosser le rôle d'un être surnaturel craint et respecté.

Pour conclure ce paragraphe sur hystérie et possession, nous pouvons dire que la possession ne peut être expliquée uniquement en termes de psychopathologie et qu'elle touche qu'un nombre restreint de personnes névrosées. De plus, elle est très courante dans certaines sociétés où elle constitue un moyen normal d'entrée en contact avec des puissances surnaturelles. Le nombre de possédés est trop grand pour qu'il puisse être associé à la possession, l'hystérie (Herskovits, 1946).

Gherovici, quant à elle, a dépeint, en 2003, la production hystérique dans le barrio portoricain aux Etats-Unis. Elle décrit des manifestations somatiques labiles et des moments de terreur, d'agitation et/ou de violence. Pour elle, face à un Maître, toute une communauté peut adopter un fonctionnement hystérique. L'hystérique répond au Maître dont le but est d'articuler le discours politique de la majorité, par des symptômes distinctifs. Pour Gherovici, il s'agit de répondre à la demande et de « *produire un savoir qui doit échouer* ».

Pour conclure, nous pouvons dire qu'il est important de prendre en considération les

Cadre théorique : L'hystérie aujourd'hui.

représentations culturelles des patients reçus, de connaître la façon dont certains faits pourraient être interprétés dans leur culture, afin de proposer une thérapie la plus adaptée et la plus efficace possible, et ne pas se contenter de sa pensée occidentale. Nombreux cas montrent la nécessité d'une double lecture : psychanalytique mais également ethno-psychothérapeutique.

Résumé du chapitre IV : L'hystérie aujourd'hui.

Bien que l'hystérie ait disparu des classifications des troubles mentaux, elle demeure, se travestit, se métamorphose en divers troubles. Plusieurs recherches scientifiques l'attestent. Précisons que ce qui est modifié, ce qui se transforme avec le temps, est seulement le discours qui entoure l'hystérie, l'hystérie elle-même ne change pas, mais toutes ces métamorphoses empêchent d'avoir une vision réaliste des données épidémiologiques. Il semblerait toutefois qu'il existe une forte prédominance féminine.

Les recherches montrent également que des manifestations hystériques peuvent s'observer lors de l'enfance ou l'adolescence, sans que cela ne signe nécessairement une future structure de personnalité hystérique. Chez les personnes âgées, l'hystérie se manifesterait essentiellement à travers des plaintes somatiques. Les recherches indiquent que les manifestations hystériques et leurs durées sont variables et dépendent de l'environnement socio-culturel des patients, de leur niveau socio-économique, éducatif et psychologique.

Enfin, précisons que ce qui peut être considéré comme conversion hystérique dans notre culture occidentale peut être toute autre chose dans une autre culture, il est alors important de considérer les représentations culturelles avant de parler d'hystérie.

V – Ressemblances ou différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques dans la littérature.

Nous allons voir dans ce chapitre, que pour certains auteurs, il est possible de différencier l'hystérie chez les femmes de celle chez les hommes, tandis que pour d'autres, cette altérité n'a pas lieu d'être. Les auteurs distinguant de telles différences adoptent plutôt un point de vue psychiatrique, en relevant des différences dans les tableaux cliniques de l'hystérie féminine et masculine, tandis que les auteurs ne trouvant point de différences entre les deux sexes, abordent le problème sous un angle davantage psychanalytique.

1. Pour certains, des différences demeurent entre les femmes et les hommes hystériques.

Bien que l'hystérie ne soit plus considérée comme une pathologie touchant uniquement les femmes, certains auteurs remarquent des différences entre femmes et hommes hystériques, notamment au niveau des symptômes, ce qui peut être aberrant à la vue du polymorphisme et de la variété des symptômes hystériques.

Pour Lemperière, Perse et Enriquez (1965), l'hystérie chez les hommes se manifesterait par de la délinquance à l'adolescence, ainsi que par de la vantardise. Ces hommes seraient dépendants, passifs, peu virils et porteraient de l'intérêt aux « *comportements féminins* » tels que les tâches ménagères ou le maternage. Ceci s'oppose à la description que Charcot nous faisait en 1871, où il décrivait les hommes hystériques comme virils et forts, comme robustes et non efféminés.

Israël (1967) oppose les hommes hystériques aux femmes hystériques. Pour lui, le désir d'être viril et une identification féminine maternelle cohabitent chez les hommes hystériques, tandis que les femmes hystériques se savent, et même se veulent, femmes, afin de se rassurer sur leur bisexualité.

En 1968, Perrier spécifiait l'hystérie chez les hommes par des troubles de la sexualité, par la tentation homosexuelle et par des échecs compensés par des toxicomanies mineures.

Cadre théorique : Ressemblances ou différences entre les femmes et les hommes hystériques.

Pour lui, les hommes hystériques cherchant à prouver leur virilité en oublient leur propre désir, en deviennent impuissants. De plus, ils s'identifient à leur partenaire féminine, ce qui est source d'angoisse.

Bourguignon et Lilamand (1986) constatent que globalement les femmes auraient tendance à renforcer leur narcissisme et à chercher à faire disparaître toute trace du conflit avec leur mère par une quête continue d'affection. Les hommes, quant à eux, auraient plutôt tendance à mettre en place des processus cognitifs, tels que la rationalisation ou l'interprétation.

Lemperière, Feline, Gutmann, Ades et Pilate (1998) montrent que le tableau clinique hystérique des femmes est bien plus polymorphe, plus riche que celui des hommes. Chez ces derniers, ce seraient les symptômes moteurs, tels que les contractures, qui domineraient. Pour ces auteurs, la raison de l'hystérie chez les femmes serait de l'ordre du conflit affectif et sexuel, tandis que pour les hommes, il s'agirait d'un traumatisme ou de conflits socio-professionnels. Là encore, une contradiction avec les théories psychanalytiques est remarquable et c'est comme un retour dans le passé, où pour se rassurer, l'hystérie des hommes était associée à des traumatismes. Le conflit au cœur de l'hystérie, chez les femmes comme chez les hommes, est à chercher, pour reprendre les termes de Lemperière et al., du côté du conflit affectif et sexuel. Ils ajoutent que les hommes hystériques se caractérisent par la vantardise, les affabulations au sujet de conquêtes. Ce comportement aurait pour objectif de masquer fragilité et manque de virilité. Des traits de déséquilibre tels que fugue, instabilité, délinquance se retrouveraient également dans le tableau clinique des hommes.

Grebot (2002) confirme que les symptômes hystériques des hommes naîtraient la plupart du temps suite à un conflit socioprofessionnel, contrairement à ceux des femmes qui apparaîtraient à la suite d'un conflit affectif. Elle ajoute que les symptômes du tableau masculin seraient de l'ordre des difficultés sexuelles et relationnelles, des addictions (notamment alcoolisme) et des troubles moteurs.

Lévy-Soussan (2001-2002) déclare que le tableau clinique de l'hystérie varie selon le sexe, le milieu et la culture. Concernant le genre, il dit que les femmes hystériques seraient plus sujettes aux atteintes algiques, aux syncopes, aux vertiges, aux crises de nerfs et aux manifestations dissociatives. En vieillissant, ce tableau se rapprocherait de celui de la dépression ou d'un tableau algique stable. Quant aux hommes, la pathologie se manifesterait par des actes symptomatiques tels que tentative de suicide, accident ou bien encore crise d'agitation psychomotrice. Puis des symptômes dépressifs, ainsi que des algies ou paralysies... seraient au centre du tableau hystérique. Les conduites addictives (drogues et alcool) seraient

Cadre théorique : Ressemblances ou différences entre les femmes et les hommes hystériques.

également assez fréquentes chez les hommes hystériques.

Delage (2002) fait le lien entre les femmes et les hommes hystériques en parlant d'une « *confusion entre être et paraître* ». Pour lui, les hommes hystériques font « *l'homme* » comme les femmes hystériques font « *la femme* ». Les hommes hystériques veulent renvoyer une image de virilité alors qu'ils recherchent protection et amour infantile. Ils usent alors de comportements tels que la bagarre, la consommation d'alcool ou encore la séduction, séduction pas uniquement à l'égard des femmes. En cas de difficultés relationnelles, les hommes hystériques ont recours aux plaintes somatiques, aux troubles conversifs. Il ajoute que la relation conjugale des hystériques s'établit soit sous le primat du narcissisme, soit sous celui de l'anaclitisme et des tendances dépressives. Dans le premier cas, les hystériques, préoccupés que par eux-mêmes, ne parviennent pas, bien qu'ils le souhaitent, à fusionner totalement avec leur partenaire. L'acte sexuel devient alors insatisfaisant et cette insatisfaction s'exprime par la frigidité pour les femmes et via les éjaculations précoces ou l'impuissance chez les hommes. Dans le second cas, le couple est vu comme devant servir d'étayage. Les frustrations ou échecs aboutissent, chez les femmes, à des troubles somatiques et dépressifs ayant pour objectif d'attirer l'attention et la complaisance du partenaire. Chez les hommes, l'inhibition, l'absence d'initiatives, les tendances à s'alcooliser avec les amis priment dans la relation. En cas de rupture, les femmes hystériques se verront renforcées dans leur position de victime et les hommes hystériques dans leur isolement et leur alcoolisation.

Harrus-Révidi (2010) résume toutes ces informations en disant que le tableau clinique de l'hystérie est plus riche chez les femmes tandis que chez les hommes, l'hystérie est plus primitive car moins mentalisée et se caractérise principalement par la somatisation.

Nous pouvons peut-être nuancer ces propos car la prédominance des femmes hystériques et le fait que la majeure partie des recherches et des théories se basent sur des cas d'hystérie féminine font que l'hystérie est bien mieux connue et décrite chez les femmes que chez les hommes. Il est alors attribué aux femmes hystériques diverses caractéristiques et un tableau clinique très riche, mais il n'est pas totalement impossible qu'avec plus de connaissances sur l'hystérie chez les hommes, nous trouverions un tableau clinique de l'hystérie tout aussi riche et homogène que chez les femmes et moins de différences seraient alors perçues.

De plus, les remarques de Lemperrière et al. (1998) et Grebot (2002), indiquant que les hommes hystériques ont plus de difficultés relationnelles, sont quelque peu contradictoires

Cadre théorique : Ressemblances ou différences entre les femmes et les hommes hystériques.

avec la description que nous pouvons faire de la personnalité hystérique ou histrionique. En effet, les personnes hystériques sont théâtrales, cherchent à attirer l'attention sur elles, apprécient être au cœur des conversations et des attentions. Ceci est l'une des principales caractéristiques de l'hystérie et nécessite de ne pas être introverti. Il peut sembler alors étonnant que les femmes et les hommes hystériques puissent se distinguer sur une des principales caractéristiques de l'hystérie, tout comme il peut sembler étonnant qu'ils puissent se distinguer au niveau des préoccupations somatiques.

Vuillod (2011) s'est intéressé au féminin chez l'homme et la femme en étudiant deux cas cliniques : celui d'un homme, Adrien, et d'une femme, Caroline, présentant tous les deux une symptomatologie hystérique. Les méthodes projectives utilisées (le test de Rorschach et le TAT) ont révélé des éléments relevant à la fois d'hystérie de conversion et d'hystérie d'angoisse. Cette psychologue, psychanalyste, a constaté que la sensibilité au féminin, dans son inscription à la bisexualité psychique, se manifestait de façon différente dans les deux sexes.

Chez les femmes, l'identité n'est que peu menacée. Les identifications sexuées sont labiles dans le protocole de Caroline : elles oscillent entre « *une identification féminine, une primauté accordée au phallique en contre-investissement du féminin perçu comme châtré et l'émergence de fantasmes sexuels féminins et masculins* ». L'alternance entre une position masculine et féminine permet la conciliation des positions active et passive dans la différence des sexes reconnue. La primauté accordée au phallique ainsi que le contre-investissement de la passivité en activité témoignent d'un certain refus de la passivité qu'André (2004) a associé au refus du féminin décrit par Freud en 1937. La position passive est toutefois adoptée dans le fantasme de séduction que Caroline scénarise dans ses valences active et passive.

En revanche, chez Adrien, l'identification masculine est fragile. Elle s'appuie majoritairement sur des attributs idéalisés à valence narcissique. La bisexualité peut, dans un premier temps, pétrifier les représentations et susciter confusion et angoisse de castration en raison de la toute-puissance perçue de la femme porteuse de symbolisme phallique. Mais Adrien oscille entre une position passive et active où le masculin apparaît comme un recours à valence narcissique. Chez les hommes, la passivité peut provoquer de l'angoisse et avoir recours à des pulsions agressives ainsi qu'à des mécanismes de défense narcissiques et peut également susciter un mécanisme secondaire de dégageant actif libidinal. Vuillod se demande toutefois s'il s'agit du refus du féminin tel que Freud l'a décrit.

En revanche, Vuillod note des similarités entre les deux sujets, notamment au niveau

Cadre théorique : Ressemblances ou différences entre les femmes et les hommes hystériques.

des mécanismes de défense : tous deux ont principalement recours au refoulement, au déplacement et à la condensation. La deuxième similitude renvoie au fait que dans les deux cas, l'hystérie a été masquée par des troubles dépressifs. L'auteure ajoute que la décompensation sur un mode dépressif est fréquente dans les organisations névrotiques.

Enfin, Vuillod arrive à la conclusion suivante : « *l'hystérie reste une des modalités privilégiées d'expression de la différence des sexes au niveau intrapsychique* ».

2. Pour d'autres, l'hystérie ne serait pas sexuée.

A l'opposé de ces auteurs, nous retrouvons ceux qui prônent une absence de différences entre les femmes et les hommes hystériques.

Le premier à apporter cette idée est le psychiatre allemand, Moebius, en 1888. Il prétend effectivement que « *nous sommes tous des hystériques* ». La seule différence demeure dans le fait que certaines personnes ne parviennent pas à se détacher du stade de l'angoisse de castration, y restent fixées, tandis que d'autres ont passé cette étape et s'en trouvent libérées.

En 1990, le psychanalyste Nasio reprend cette idée et affirme que tout le monde est sans cesse confronté au fantasme de castration. Ce fantasme ressurgit plusieurs fois dans la vie, ce qui fait que nous serions tous névrosés donc potentiellement hystériques, phobiques ou bien encore obsessionnels. Pour cette raison, il dit que nous ne pouvons pas parler d'hystérie féminine et d'hystérie masculine, le terme de « *position hystérique* » serait plus approprié et cette position peut aussi bien être prise par une femme que par un homme, et ce, sans aucune différence. Son explication est la suivante ; au cœur de l'hystérie se trouve une difficulté d'identification sexuelle suite à l'angoisse de castration, un refoulement de la différence des sexes. Les hystériques ne savent pas s'ils sont hommes ou femmes donc différencier l'hystérie entre femmes et hommes serait une absurdité. De plus, les hystériques ne font pas la différence homme/femme, mais la différence possesseur de phallus/dépourvu de phallus, donc pourquoi introduire cette différence des genres ? Le monde des hystériques est constitué de puissants et d'impuissants, de forts et de faibles, de jeunes et d'âgés... mais non de femmes et d'hommes. Cette opposition par rapport au genre n'existe pas pour ces sujets hystériques. Ce refoulement de la différence des sexes est une souffrance mais les hystériques l'entretiennent comme une ambiguïté rassurante et nécessaire, ce qui revient à dire que les hystériques préfèrent souffrir de ne pas connaître leur identification sexuelle plutôt que de devoir faire

Cadre théorique : Ressemblances ou différences entre les femmes et les hommes hystériques.

face à la castration qui pourrait les mener à soutenir l'énigme de la différence des sexes.

Schaeffer (2000) partage également cet avis. Pour cette psychanalyste, l'hystérie est bien asexuée, puisqu'elle se heurte à l'épreuve de la différence des sexes et au refus du féminin. Il n'existe donc pas d'hystérie masculine mais une hystérie chez l'homme. Elle ne peut concevoir l'hystérique que « *dans le rapport de la position phallique au féminin et au refus du féminin* ». Comme Nasio, elle se base sur la difficulté à différencier les sexes et sur une problématique d'identification sexuelle, en reprenant le développement de la psychosexualité proposé par Freud et tout particulièrement des couples « *masculin/féminin* » et « *bisexualité / refus du féminin dans les deux sexes* » (Freud, 1937). Schaeffer remarque d'ailleurs que les deux termes de ce deuxième couple renvoient à une négation de la différence des sexes : la bisexualité agit ou le fantasme de bisexualité servent de défense contre l'élaboration de la différence des sexes ; le refus du féminin est le refus de ce qui, dans la différence des sexes, est le plus étranger, à savoir le sexe féminin. Schaeffer (2014) explique ce « *refus du féminin* » par la difficulté à comprendre le féminin, de part un sexe invisible et porteur de fantasmes dangereux. Pour les hommes, le sexe féminin renvoie à la castration, au sexe châtré et les femmes hystériques peuvent chercher à prouver l'impuissance phallique pour définir leur être féminin. La séduction devient une « *arme phallique* » et permet de contre-investir le féminin, l'érotisation des relations participe à la recherche de l'identité sexuelle. Pour cette psychanalyste, un « *travail du féminin* » et un « *travail du masculin* » permettent d'accéder et de maintenir la notion de différence des sexes et de ce fait, permettent l'élaboration de l'identité psycho-sexuelle. Cette dernière reste instable et nécessite un travail permanent (Schaeffer, 1997). Le féminin et le masculin ne s'acquièrent pas au moment de la puberté mais sont une longue quête.

Les hystériques restent fixés au conflit œdipien, à l'angoisse de la différence des sexes, à l'angoisse de castration et de ce fait, ils n'intègrent pas complètement la différenciation du féminin et du masculin. Schaeffer ajoute que les hystériques « *provoquent et mettent en scène la différence des sexes* » : ils interrogent le rapport entre féminin et masculin, cherchent à élucider le mystère de la différence des sexes, de la relation hétérosexuelle et du désir génital. Ne parvenant pas à percer le mystère, sentant que quelque chose leur échappe, les hystériques déploient une aversion de la scène primitive. Cette dernière est perçue comme se déroulant entre un personnage phallique et un deuxième châtré, car fixation au conflit œdipien. Ainsi les hystériques ne parviennent pas à trouver leur identité sexuée, se perçoivent comme phalliques ou châtrés et non comme hommes ou femmes, et perçoivent les autres soit comme châtrés ou

Cadre théorique : Ressemblances ou différences entre les femmes et les hommes hystériques.

châtrables, soit comme phalliques puissants et menaçants de castration.

La défense pour pallier l'énigme de la différence des sexes se manifeste via le corps, par le conflit entre une sexualité infantile hyper-érotisée et auto-érotique et une sexualité génitale contre-investie, se caractérisant entre autres par la frigidité et l'inhibition. Les zones pré-génitales sont phallicisées alors que la zone génitale est inexistante ou châtrée. Toujours dans le but de se défendre contre cette différence des sexes, les hystériques vont surinvestir la défense phallique du moi, qui s'exprime au travers du « *refus du féminin* », conduisant à la frigidité. Chez les hommes hystériques, l'angoisse de castration de l'enfance se transforme en « *refus d'identification au maternel ou au féminin sexuel de la mère et de ce fait, refus du féminin de la femme par angoisse d'une éventuelle castration lors de la pénétration, de l'orgasme, ainsi que par angoisse incestueuse et de perte du moi dans la jouissance sexuelle* ». Chez les femmes hystériques, l'envie du pénis de l'enfance et la relation passionnelle qu'elles ont avec leur mère conduisent au refus de la pénétration de l'homme. Leur « *féminité de parade et de séduction* » leur sert pour provoquer ou bien pour protéger l'homme de l'angoisse de castration, mais également pour contre-investir le féminin.

Cette énigme de la différence des sexes et ce féminin perçu comme absence de sexe ou de sexe châtré mènent Schaeffer (2000) à la conclusion que l'hystérie n'est ni féminine ou masculine, mais bien non sexuée.

Enfin, pour d'autres auteurs, l'hystérie est également asexuée mais les explications données sont différentes. Par exemple, pour Guttières-Green (2003), l'hystérie peut être assimilée au souvenir d'une modalité primaire du fonctionnement mental, commune aux deux sexes, et précéder le fonctionnement névrotique. Elle voit un lien entre le « *narcissisme primaire* » et le « *féminin pur* » dont parlait Winnicott en 1971. Ce féminin anobjectal est revendiqué par les hystériques sans qu'il soit atteint car les hystériques ne peuvent se consoler de ne faire partie que d'un seul sexe.

Yarom (2005) décrit l'hystérie comme une turbulence entre les éléments inconscients masculins et féminins d'un même individu. Elle considère l'hystérie comme étant asexuée et propose de s'intéresser à une position triadique incluant la sexualité et une intégration complète entre les deux sexes, plutôt que de se concentrer uniquement sur la dyade préœdipienne. Elle théorise ainsi une « *matrice* » de l'hystérie, en se basant sur la lutte entre les sexes telle qu'elle se présente dans le corps des patients hystériques. Pour elle, l'hystérie pénètre les couches structurales du psychisme, lors du développement, et n'est liée en aucun cas au genre.

Cadre théorique : Ressemblances ou différences entre les femmes et les hommes hystériques.

Enfin, pour Szpirko (2009), ne percevant pas l'hystérie comme une pathologie ou manifestation symptomatique, mais comme une structure, comme une manière de se représenter, concevoir le monde, de construire des savoirs, l'hystérie peut se retrouver aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Résumé du chapitre V : Ressemblances ou différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques dans la littérature.

Pour certains auteurs, il est possible de différencier l'hystérie chez les femmes de celle chez les hommes, tandis que pour d'autres, cette altérité n'a pas lieu d'être. Les auteurs distinguant de telles différences adoptent un point de vue davantage psychiatrique, en relevant des différences dans les tableaux cliniques de l'hystérie féminine et masculine, tandis que les auteurs ne trouvant point de différences entre les deux sexes, sont d'obédience psychanalytique. Ils expliquent notamment qu'il est insensé de parler d'hystérie féminine et masculine, une difficulté d'identification sexuelle étant au cœur de l'hystérie, ces sujets étant dans l'incapacité de faire la différence femme-homme, mais faisant la distinction dépourvu de phallus-possesseur de phallus.

VI - La problématique et les hypothèses de cette recherche.

Le principal objectif de cette recherche porte sur la problématique suivante : **Existe-t-il des différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques ? Si oui, quelles sont-elles ?**

Mes précédentes recherches et les théories psychanalytiques de nombreux auteurs invitent à formuler l'hypothèse générale suivante : Aucune différence ne demeurerait entre les femmes hystériques et les hommes hystériques.

Pour répondre à ceci, plusieurs hypothèses théoriques doivent être formulées. Les théories psychanalytiques aideront à cela. La première concerne celle énoncée par Bergeret (1974), sur les caractéristiques d'une structure, à savoir le mode de relation objectale, le type d'angoisse et de conflit l'ayant générée, ainsi que le type de mécanisme de défense. Il sera également intéressant de s'intéresser à la représentation de soi pour apercevoir la difficulté d'identification sexuelle dont parlent les auteurs pour lesquels aucune différence n'est perceptible entre les deux genres. Les différentes hypothèses seront étayées par les apports plus récents de la psychanalyste Schaeffer (2000 ; 2014).

Hypothèse 1 : La première hypothèse portera sur la représentation de soi : ***les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, présenteraient une difficulté d'identification sexuelle.***

Comme dit précédemment, notamment par Schaeffer (2014), la difficulté d'intégrer la différence des sexes est au cœur de la névrose hystérique. L'identité sexuée est alors mise à mal par cette difficulté. Les hystériques douteraient constamment de leur identité sexuelle et percevraient les gens comme possesseurs ou dépourvus de pénis. Les hystériques provoqueraient la différence des sexes, en mettant en scène la bisexualité, pseudo-bisexualité qui leur sert de défense contre l'épreuve de la différence des sexes. Ils auraient recours à des symptômes hystériques pour pallier leur peur du sexuel et leur haine de la différence des

Cadre théorique : La problématique et les hypothèses de cette recherche.

sexes. Les fantasmes de bisexualité révèlent également la difficulté d'identification à l'un ou l'autre des personnages de la scène primitive.

A cette difficulté, est liée l'angoisse de castration, ce qui nous mène à la seconde hypothèse :

Hypothèse 2 : La deuxième hypothèse portera sur le type d'angoisse : ***chez les femmes hystériques, comme chez les hommes hystériques, l'angoisse de castration serait au cœur du tableau clinique.***

Pour rappel, l'angoisse de castration est la conséquence du constat de l'absence de pénis chez les filles. Ceci entraîne, chez les garçons, la peur fantasmatisée de perdre le pénis et le désir de l'avoir chez les filles. Cette angoisse marque l'accès au désir génital et à la relation triangulaire de personnes sexuées. Elle est au centre du tableau des névroses et est en lien avec le conflit œdipien. Elle est difficilement repérable et s'observe derrière des mécanismes de défense élaborés, comme le refoulement. Au niveau conscient, elle peut se manifester par la difficulté à assumer sa féminité, la crainte du manque ou de la perte, car l'angoisse de castration ou encore angoisse de l'incomplétude ou du manque, détermine l'angoisse de mort.

Comme Schaeffer nous l'indiquait en 2014, les hystériques percevraient le féminin comme l'absence de sexe ou sexe châtré, ce qui témoigne alors de la présence de l'angoisse de castration chez ces sujets hystériques.

Hypothèse 3 : La troisième hypothèse portera sur le conflit sous-jacent : ***chez les femmes hystériques, comme chez les hommes hystériques, le conflit œdipien ne serait pas résolu.***

Rappelons que le complexe d'Œdipe joue un rôle central dans l'organisation de la structuration de la personnalité. Il fait référence au mythe antique, relatant l'histoire d'Œdipe Roi. Ce conflit, apparaissant généralement entre 3 et 5 ans, puis refoulé, s'inscrit dans une problématique triangulaire, entre l'enfant et ses deux parents : l'enfant aime le parent du sexe opposé et perçoit le parent du même sexe comme un rival. Après la période de latence, le conflit œdipien est réactivé.

Freud (1897), Bergeret (1974), Schaeffer (2000) s'accordent tous pour parler d'un conflit œdipien irrésolu dans la structure hystérique.

Une citation de Schaeffer (2000) reprend ces trois premières hypothèses. Elle est la suivante : « *L'hystérique demeure figé au conflit œdipien, à l'angoisse de la différence des sexes, à celle de la castration, et donc se fige aux limites de ce niveau de différenciation du féminin et masculin* ».

Hypothèse 4 : La quatrième hypothèse portera sur la relation d'objet : ***les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, seraient dans une relation d'objet génitale, dans une érotisation des relations, seraient en perpétuelle quête d'affection.***

La relation d'objet désigne la façon dont les individus investissent les objets sur lesquels se tournent leurs pulsions. Dans la névrose hystérique, la relation d'objet est dite génitale car elle présume l'accès au stade génital et au complexe d'Œdipe.

Comme il a déjà été dit, les hystériques s'inscrivent dans des relations de séduction. Schaeffer (2000) explique cette séduction comme une projection des pulsions sur un objet externe. Ces personnes mettent en scène le fantasme de séduction de l'enfant par un adulte en adoptant le rôle d'un enfant séduit par un adulte et se défendant en provoquant l'irruption de la pulsion dans le partenaire, par le biais de sa séduction, afin de maîtriser la situation.

Hypothèse 5 : La cinquième et dernière hypothèse portera sur les mécanismes de défense : ***les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, privilégieraient le recours à des défenses secondarisées hystéro-phobiques, notamment le refoulement, la théâtralisation, dramatisation, la régression, et des procédés marqués par l'inhibition et auraient possiblement recours à des défenses secondarisées obsessionnelles plutôt qu'à des défenses narcissiques et archaïques renvoyant davantage aux processus primaires.***

Rappelons-le, un mécanisme de défense est un processus de défense utilisé par le Moi, dans le but de lutter contre l'angoisse. Les divers mécanismes de défense permettent donc de préserver le Moi et de le protéger des pulsions du Ça.

Le refoulement est un mécanisme de défense permettant de conserver les représentations inacceptables dans l'inconscient, c'est-à-dire hors de la conscience. Comme nous avons vu précédemment, les personnes hystériques refoulent une représentation mentale inacceptable et la déplacent dans le corps ou dans une angoisse. De plus, l'hystérie peut se caractériser par la belle indifférence, ce qui témoigne d'un refoulement entièrement réussi.

Le refoulement semble donc être le mécanisme de défense au centre de la structure

Cadre théorique : La problématique et les hypothèses de cette recherche.

hystérique, mais d'autres mécanismes peuvent apparaître lorsque celui-ci n'est pas suffisamment efficace. Le retour du refoulé s'exprime alors à travers la théâtralisation, la dramatisation ou encore la séduction. Ainsi, les personnes hystériques mettent en scène leurs angoisses dans le but d'aguicher, de charmer un partenaire. La régression, autre mécanisme de défense labile, peut également être utilisée par les sujets hystériques.

Les procédés marqués par l'inhibition, tels que la mise à distance et l'évitement, le déplacement de l'angoisse sur un objet phobogène ou encore la projection du danger pulsionnel, évoquent une composante phobique et peuvent de ce fait être observable dans les structures hystériques (Richelle, 2009).

L'HYSTERIE : Existe-t-il des différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques ? Étude à travers l'épreuve de Rorschach et le MMPI-2.

Méthodologie

Cette présente recherche est une **étude comparative** : deux échantillons constitués respectivement de dix femmes hystériques et dix hommes hystériques, sont comparés. La méthodologie est principalement qualitative car le nombre de cas observés est restreint. Ceci ne gêne en rien, mais au contraire améliore, la compréhension des processus psychiques mis en jeu dans la structure de personnalité hystérique, la compréhension de la singularité du fonctionnement intrapsychique et de la conflictualité dominante qui l'anime, des défenses et de l'angoisse qui la sous-tend.

Précisons toutefois qu'**il ne s'agit pas uniquement d'une démarche qualitative, mais qu'une démarche quantitative est réalisée à travers la comparaison de deux groupes de sujets masculins et féminins présentant un fonctionnement diagnostiqué comme hystérique, à l'aide de plusieurs tests statistiques, afin de rechercher les points communs et les différences de ces deux sous-groupes.**

Cette approche qualitative sert de première étape à la recherche. Ceci n'exclut pas que cette étude, dans un second temps, pourra passer par la mise à l'épreuve auprès d'importants échantillons. Cette éventuelle future recherche, de méthodologie quantitative, permettra de généraliser les résultats. Mais dans un premier temps, le recours aux cas singuliers trouve parfaitement sa place car il permet l'appropriation de l'objet de recherche, avec les composantes subjectives que cela impose. Fustier (1996) souligne l'intérêt de se pencher sur les cas uniques, les situations singulières, qui ont cristallisés les premières questions d'un projet d'étude. De plus, Widlöcher (1990 ; 1999) a écrit sur la question de la valeur scientifique d'une analyse de cas. Celui-ci défend la méthode du cas unique car son intérêt est qu'il peut servir à lui seul à réfuter une théorie. Ceci nécessite bien sûr des observations rigoureuses, des arguments communicables. Outre cela, les cas uniques permettent également de ne pas être uniquement dans une perspective de recherche mais permettent d'accompagner les participants, d'être dans une écoute thérapeutique, notamment lorsqu'ils abordent des thèmes pouvant être douloureux pour eux.

Enfin, méthodes qualitative et quantitative ont longtemps été opposées et la recherche qualitative a longtemps été le parent pauvre dans la psychologie dite scientifique et se heurta maintes fois au courant cognitiviste. Cette opposition qualitatif-quantitatif est ancienne

Méthodologie.

puisqu'elle se trouvait déjà dans la Grèce antique, où Hippocrate privilégiait l'étude de l'homme dans sa globalité, prônait une approche contextualisante et s'opposait ainsi à une autre école de pensée, plus proche du quantitatif. Ce débat a traversé toutes les époques. Malgré ceci, la méthode qualitative a pourtant toute sa place dans la recherche en Sciences humaines. Ainsi, cette présente étude s'inscrit principalement dans une démarche qualitative et est basée sur les domaines instrumentaux que Mucchielli (2004) associe à la démarche qualitative en psychologie, à savoir l'observation et l'interprétation, avec notamment le recours à une épreuve projective, afin de déceler les modalités inconscientes, intrapsychiques du fonctionnement du sujet.

I – Choix de la population.

Les hystériques consultent des médecins généralistes pour leurs diverses plaintes somatiques. De ce fait, il était attendu à ce que les sujets de cette recherche soient sélectionnés dans la population générale non consultante, ou encore auprès de médecins généralistes, dans des centres de douleurs ou des associations de fibromyalgiques ou spasmophiliques... Cela n'a toutefois pas pu être réalisé, le partage du secret professionnel pouvant poser des difficultés éthiques. Ainsi, bien que les personnes hystériques ne consultent généralement pas de psychologues, psychiatres ou psychanalystes, qu'elles tentent de se débrouiller seules de leurs échecs amoureux (Bergeret, 2012), tous les participants retenus ont pourtant été abordés dans une structure de soins psychologiques, dans laquelle ils venaient faire part d'affects dépressifs, venaient se plaindre de leur vie sentimentale ou encore étaler avec jouissance leurs divers maux.

S'agissant de deux critères symptomatiques centraux, consensuels à la vue de la littérature, les critères de sélection étaient ciblés autour d'une vie sentimentale et sexuelle tumultueuse, avec de nombreuses mésaventures et/ou autour de diverses plaintes somatiques non objectivées physiologiquement. Dix femmes âgées entre 32 et 77 ans ($\bar{x} = 48,8$; $\sigma = 14,04$) et dix hommes âgés entre 25 et 74 ans ($\bar{x} = 52$; $\sigma = 16,45$), diagnostiqués, sur cette base, comme présentant une structure de personnalité hystérique ont alors été sélectionnés. Tous sont majeurs, afin de considérer que leur personnalité est achevée au niveau de son mode de structuration.

Tableau 1 : Tableau descriptif des âges des sujets de l'échantillon

	Effectif	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Ecart-type
Echantillon	20	50,40	49	25	77	14,42
Femmes	10	48,80	48	32	77	14,04
Hommes	10	52,00	51,5	25	74	16,45

Précisons que les moyennes et intervalles d'âge peuvent être considérés comme très

Méthodologie : Choix de la population.

proches dans les deux groupes.

Les statuts maritaux et le nombre d'enfants des participants à la recherche peuvent être représentés de la façon suivante :

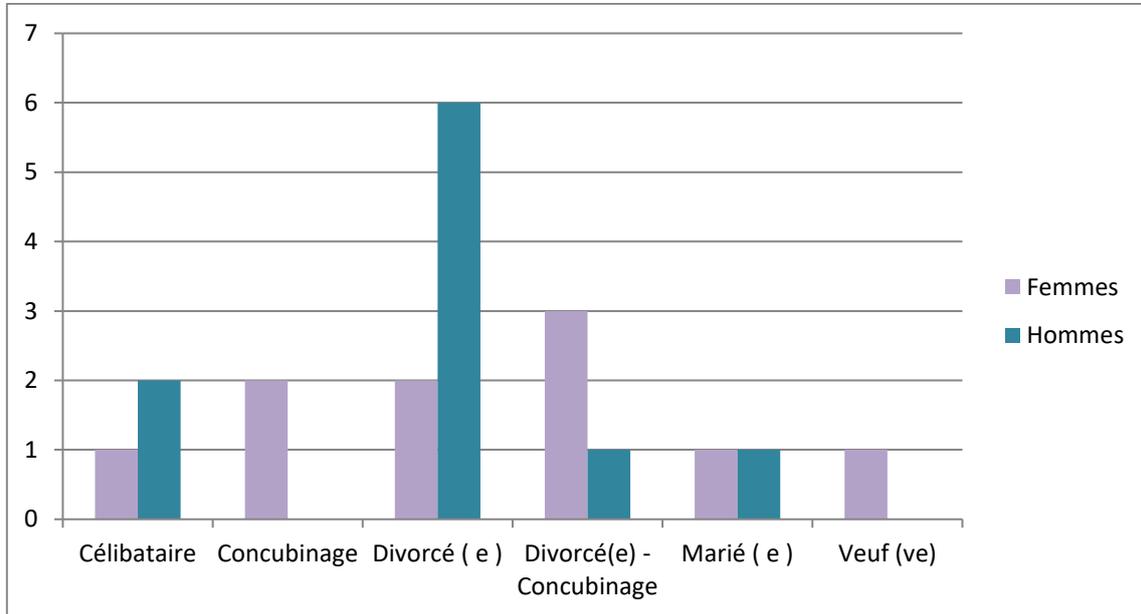


Figure 1 : Histogramme descriptif de la situation maritale des sujets de l'échantillon.

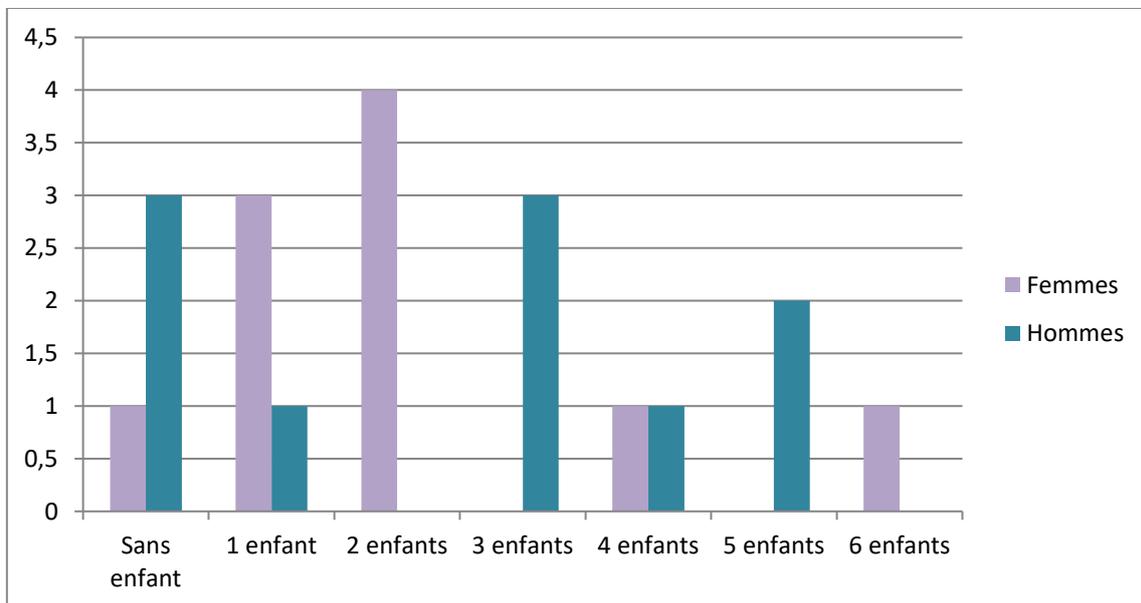


Figure 2 : Histogramme descriptif de la situation familiale des sujets de l'échantillon.

Les femmes de cet échantillon ont en moyenne 2,1 enfants ($\sigma = 1,73$) et les hommes de ce même échantillon, 2,4 enfants ($\sigma = 2,01$).

Le statut marital et la situation familiale sont deux éléments pouvant constituer un paramètre en lien avec la vie génitale. Il est alors intéressant de constater que ces deux histogrammes mettent en évidence l'absence de différence significative entre les femmes et les hommes de notre échantillon, quant à leur statut marital et leur situation familiale. Ceci peut alors constituer un premier point commun entre nos deux groupes de sujets.

Les résultats obtenus aux différents tests, mais également les attitudes et informations recueillies lors des entretiens cliniques, ont permis de confirmer la structure de personnalité hystérique des participants. Ainsi, parmi cet échantillon, les différents résultats permettent d'indiquer que cinq femmes et un homme présentent une structure hystérique de conversion, tandis que les cinq autres femmes et neuf autres hommes présentent une structure hystéro-phobique. Ceci constitue un deuxième résultat et une première différence que nous explorerons lors de l'approche comparative.

II – Présentation du matériel utilisé.

Au cours de cette recherche, deux tests sont utilisés : le test projectif de Rorschach et le MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), test de personnalité. Nombreuses recherches utilisent ces tests, notamment le test de Rorschach dont sa validité est amplement reconnue. Ces deux tests s'accompagnent d'un entretien de recherche.

Un formulaire de consentement¹¹, devant être signé par l'ensemble des participants, a également été rédigé, formulaire informant chacun de leurs droits, ainsi que de la recherche. Pour ne pas biaiser les résultats, ni effrayer les sujets avec le terme « *hystérie* », il est indiqué que la recherche porte sur l'impact des conflits de la vie sentimentale sur la personnalité ou sur l'impact des douleurs corporelles non expliquées par les professionnels de la santé sur la personnalité, selon le critère de sélection le plus saillant. Effectivement, dans un souci de cohérence, le participant recruté dans un premier temps pour ses plaintes somatiques, ne sera pas abordé de la même façon que le sujet présentant une vie amoureuse compliquée et la recherche ne lui sera pas présentée sous le même angle.

1. Choix méthodologiques.

Le matériel utilisé au cours de cette étude est : l'entretien de recherche, le test de Rorschach et le MMPI-2.

L'outil de base du psychologue clinicien est l'entretien clinique. Il est avant tout nécessaire pour créer l'alliance thérapeutique, pour instaurer un climat de confiance entre le participant et le psychologue-chercheur. De plus, il permet d'obtenir des éléments sur l'anamnèse et toute autre information utile à la recherche, n'étant pas obtenue à l'aide des deux autres outils.

Le choix méthodologique du test de Rorschach s'explique notamment par le fait que cette épreuve projective permette l'exploration de la personnalité, de mettre en avant des

¹¹ Voir les annexes 4 et 5, pp 443 et 444 : Formulaire de consentement éclairé.

dimensions mises durablement en place par l'individu. Elle permet, via les modes d'appréhension, les capacités de mentalisation et la qualité de l'espace imaginaire des sujets, d'approcher les différentes notions des hypothèses théoriques, telles que les mécanismes de défense, la représentation de soi ou encore l'angoisse, ainsi que le mode de relation d'objet et la nature des conflits.

Concernant le choix méthodologique du test de personnalité du MMPI-2 ; ce test permet également de déceler la structure de la personnalité au travers de dix échelles cliniques, de repérer le fonctionnement du sujet et d'éventuels troubles psychopathologiques ou troubles de la personnalité. Il ne fait pas appel à l'imaginaire et nécessite que peu d'élaboration mentale.

Il peut être intéressant et pertinent d'utiliser ces deux tests car ils sont complémentaires de l'entretien de recherche et complémentaires entre eux, le test de Rorschach, faisant appel à l'inconscient et le MMPI-2, au conscient. Cette différence majeure permettra d'accéder à un large ensemble d'informations. De plus, avoir recours à différents outils permet de faire des liens entre les différents résultats et permet de conclure de la façon la plus fiable et objective possible.

2. L'entretien semi-directif.

Un premier contact est établi, notamment pour expliquer la recherche et signer le formulaire de consentement. Il est important de préciser que les entretiens de recherche n'ont aucune visée thérapeutique, bien qu'il soit important de s'assurer que chaque participant vit bien la recherche. Suite à ce premier contact, l'entretien semi-directif peut commencer.

L'objectif de l'entretien, pour la recherche, est de recueillir des éléments d'anamnèse. Il existe plusieurs types d'entretiens : l'entretien non-directif, directif et semi-directif. Ce dernier a été retenu car il permet de poser des questions relativement ouvertes pour obtenir des informations essentielles à l'étude, ou pertinentes pour confirmer ou infirmer les différentes hypothèses théoriques. Ces informations concernent notamment :

- la vie sentimentale,
- les conflits amoureux,
- les plaintes somatiques,
- la dynamique relationnelle par rapport aux deux parents,

Méthodologie : Présentation du matériel utilisé.

- la dynamique relationnelle par rapport à leurs propres enfants, si enfants il y a,
- des informations sur l'enfance, les relations pendant l'enfance,
- les relations actuelles, avec les personnes du même sexe et du sexe opposé, les relations avec les collègues...

Ces différentes thématiques sont abordées dans un ordre différent, selon la tournure que prend le discours des sujets et les relances qu'il est possible de faire, ce qui fait partie des avantages des entretiens semi-directifs. Un autre avantage, évoqué notamment par Mietkiewicz et Bouyer (1998), est que ce type d'entretien laisse une part d'initiative aux participants et permet de recentrer ces derniers s'ils s'éloignent trop du thème initial.

L'entretien semi-directif de recherche est une méthode ayant vu le jour pour répondre au besoin d'établir une relation suffisamment égale entre enquêteur et enquêté. Cet entretien ne doit pas donner l'impression à ce dernier, de subir un interrogatoire et doit lui donner le sentiment d'être libre de répondre ou non à chaque question. Ceci assure alors une meilleure qualité des informations obtenues (Blanchet & Gotman, 1992). Toutefois, les spécificités de l'entretien clinique résident dans les dimensions suivantes : centration sur le sujet, non-directivité et neutralité bienveillante. Le fait que le praticien soit à l'origine de la demande et que l'objectif final soit le partage d'un savoir, constituent les deux particularités des entretiens de recherche.

Enfin, tout entretien, y compris l'entretien semi-directif de recherche, est une situation intersubjective. Ainsi chaque entretien est unique et il est alors primordial de s'intéresser aux dimensions transférentielles et contre-transférentielles, le discours étant influencé par la subjectivité de l'énonciateur et du récepteur.

3. Le test de Rorschach.

a) *Présentation du test de Rorschach.*

Le psychiatre à l'origine de ce test est, comme son nom l'indique, Rorschach. Il s'agit d'un test projectif, permettant l'investigation de la personnalité, normale comme pathologique, et pouvant être utilisé aussi bien chez l'enfant ou l'adolescent, que chez l'adulte. Pour

théoriser son test, ce jeune psychiatre suisse a eu recours, non à la psychanalyse, mais à la psychiatrie et phénoménologie germaniques, ainsi qu'à la psychologie académique. Ce test a été publié pour la première fois en 1922. Cette épreuve est également connue sous le nom du « *test des tâches d'encre* ».

Ce test se constitue de dix planches représentant des tâches d'encre symétriques. Cinq de ces planches sont dites « *compactes* », trois sont dites « *bilatérales* », une est « *compacte et bilatérale* », la dernière planche est dite « *éparpillée* ». Concernant la couleur, quatre planches sont noires ou achromatiques, deux sont dites « *rouges* », une est dite « *gris clair* » et trois sont dites « *pastels* ». Chacune de ces planches renvoie à un contenu latent et à un contenu manifeste.

Ce test de personnalité révèle la représentation de soi et la relation d'objet. Il permet également de mettre en évidence les mécanismes de défenses utilisés par le sujet, ainsi que l'organisation du Moi.

b) Les caractéristiques de l'hystérie au test de Rorschach.

Plusieurs recherches antérieures ont permis de décrire les caractéristiques de l'hystérie au test de Rorschach.

En 1974, Timsit a repris les divers travaux réalisés sur l'hystérie au test de Rorschach, notamment ceux de Schafer (1954) et Anzieu (1965), afin d'en proposer une description fine et de faire des liens entre les différentes caractéristiques. Il indique ainsi que :

- Le TRI est extratensif, c'est-à-dire que la somme des réponses couleur C est supérieure à la somme des réponses kinesthésiques K.
- Il y a moins de deux réponses kinesthésiques K : $K < 2$.
- Il y a moins de réponses FC que de réponses CF et C : $FC < CF + C$
- Le F+% est compris entre 50 et 60. Cet indice peut augmenter si la personne présente une tendance à la compulsion.
- Le F% est soit élevé dans le cas d'inhibition, soit bas dans le cas de labilité.
- Le G% est bas.
- Le A% est soit élevé en cas de pauvreté des investissements ou à l'inverse, bas lors de la conversion. Dans ce deuxième cas, il s'agira alors de réponses anatomiques ou botaniques.
- Le nombre total de réponses R est proche de la moyenne. Il est rarement égal ou

Méthodologie : Présentation du matériel utilisé.

supérieur à 30.

- Les réponses Dd et Dbl sont rares.
- Les réponses estompage EF ou E sont fréquentes.
- Il y a des refus, notamment aux planches VI, VII et IX.

Schafer (1954) ajoutait que le TRI est l'indice majeur. Il serait le plus souvent extratensif et la somme des réponses kinesthésiques K serait souvent égale à 1. Lorsque deux réponses kinesthésiques K sont relevées, il s'agirait alors davantage d'une névrose mixte. Il remarque une prévalence des réponses couleur, indiquant la labilité émotionnelle des hystériques. La rareté des réponses kinesthésiques K est la conséquence du refoulement. Il ajoute que lorsque le refoulement est intense et s'accompagne d'inhibition, les réponses couleur ont tendance, elles aussi, à disparaître des protocoles. Le TRI devient alors coartatif ou coarté. Anzieu (1965) évoquait également la présence d'un ou plusieurs chocs couleur.

Timsit, dans sa recherche, ajoute que :

- Un investissement moteur et le recours à l'Autre sont présents. Ceci se retrouve dans l'extratensivité du TRI (avec un nombre de réponses kinesthésiques inférieur à 2).

- Le refoulement est utilisé comme mécanisme de défense privilégié. Il se traduit au test de Rorschach par la prévalence des réponses couleurs, autrement dit par la prévalence des réponses émotionnelles ($FC < CF + C$), ainsi que par le faible recours aux processus secondaires ($F+\%$ relativement bas).

- L'angoisse, plus décelable dans les réponses apportées au test que dans l'entretien clinique, se manifeste par des refus, de l'inhibition...

D'autres éléments, parfois contradictoires à ces premiers, se retrouvent dans la littérature scientifique.

Le conflit œdipien et la bisexualité s'expriment par de nombreuses symbolisations sexuelles : les hystériques donnent facilement des réponses entières sexuées et interprètent tout ce qui est pointu. Cette attractivité du phallique s'accompagne de la déqualification du féminin : ceci signe la revendication phallique. Nous pouvons également parfois retrouver des réponses renvoyant au fantasme originaire de séduction. Concernant le conflit entre désir et interdit sous-jacent, celui-ci peut s'observer dans la dynamique intra-planches, ainsi que dans les scénarii kinesthésiques.

En ce qui concerne les mécanismes de défense, dans les protocoles des personnalités

hystériques, nous nous attendons à voir massivement des défenses secondarisées hystéro-phobiques, d'un versant phobique comprenant l'inhibition, la défense contra-phobique, la projection dans le réel du danger pulsionnel et le recours à la réalité ; des défenses secondarisées hystéro-phobiques, d'un versant hystérique comprenant la régression, le refoulement, la dramatisation, la mise en avant théâtralisée des affects. Des défenses secondarisées à versant obsessionnel, comme l'annulation rétroactive, l'intellectualisation, l'isolation et le recours à l'imaginaire peuvent également être observables. Ces différents mécanismes de défense devraient être dominants par rapport aux défenses narcissiques limites comme l'idéalisation¹², la dévalorisation¹³ et l'identification projective¹⁴ et dominants par rapport aux défenses archaïques primaires englobant les différentes formes de projection¹⁵, le déni¹⁶ et le recours à l'agir¹⁷.

Comme vu précédemment, le principal mécanisme de défense à repérer, est le refoulement, défense secondarisée hystéro-phobiques, d'un versant hystérique. Selon Schafer (1954), le refoulement se traduit par des attitudes naïves, labiles, spontanées, subjectives et émotionnelles. Les hystériques mettent en avant leurs affects dans le but de cacher toute représentation coupable. Des références personnelles peuvent se retrouver car elles traduisent le sentiment d'insécurité et le besoin de réassurance. Le refoulement, s'il est rigide, se repère dans les réponses, par une difficulté d'élaboration, ce qui mène à un nombre restreint de réponses. L'accent est parfois mis sur la non-reconnaissance et le non-savoir. Les réponses banales, bien perçues et non détériorées, sans apport du monde interne, signent un refoulement réussi. Pour qu'un refoulement soit efficace, il ne devrait pas laisser passer une parcelle de soi. Le refoulement peut également se déceler par la négation, les chocs ou refus, ou bien s'apercevoir dans les réponses évoquant du flou, comme par exemple le brouillard ou la fumée. Il s'agit, dans ce dernier cas, de tentative de refoulement. Pour d'autres auteurs, l'intensité du refoulement et les difficultés d'identification engendreraient un nombre restreint de réponse kinesthésiques.

Pour Chabert (1983), le refoulement s'exprime également à travers des procédés de dramatisation-théâtralisation et d'excitation sensorielle traduisant la mise en avant des affects,

¹² L'idéalisation se traduit, au test de Rorschach, par l'utilisation de qualificatifs tels que « grand », « royal » ...

¹³ La dévalorisation apparaît, au test de Rorschach, dans les auto-critiques ou les critiques objets.

¹⁴ L'identification projective se caractérise par l'expulsion sur un objet extérieur d'un aspect négatif que nous portons en soi.

¹⁵ La projection se caractérise, au test de Rorschach, par l'absence de symbolisation, par un contenu souvent cru, formellement mal perçu, à valence sexuelle ou agressive.

¹⁶ Le déni renvoie à une non reconnaissance d'une réalité qui a été perçue.

¹⁷ Le recours à l'agir s'exprime, au test de Rorschach, par le retournement des planches, lorsque l'angoisse est trop grande.

Méthodologie : Présentation du matériel utilisé.

destinée à refouler les représentations coupables. La dramatisation, la théâtralisation, se repère principalement au travers de la verbalisation et des caractéristiques qualitatives données dans les réponses. Les affects sont exprimés exagérément. Elle peut aussi se repérer par le biais d'une hypersensibilité aux réponses couleur. Cette hypersensibilité aux couleurs, ainsi qu'aux estompages, et à l'angoisse pouvant être suscitée par les planches, explique que nous attendons à observer un grand nombre de réponses C, CF, E, EF ou ClobF dans les protocoles de sujets hystériques. Ainsi le F% sera bas et le TRI souvent extratensif.

La régression, mécanisme labile se retrouvant souvent dans les structures hystériques, s'exprime, au test de Rorschach, soit par l'imaginaire vers l'infantile, les réponses font alors référence à des contes etc, soit s'exprime au niveau oral (Schafer, 1954).

Concernant les défenses secondarisées hystéro-phobiques, d'un versant phobique, l'inhibition se caractérise par une baisse de la production de réponses, un temps de latence élevé ou encore peut apparaître à travers les réponses Di. La projection dans le réel du danger pulsionnel s'exprime à travers les réponses Clob ou Sang, un temps de latence plus élevé ou encore des contenus renvoyant à des personnages ou animaux dangereux ou effrayants (Richelle, 2009). La défense contra-phobique est constatable lorsqu'un rire ou une déqualification méprisante de l'objet, suit une réponse anxiogène. Le recours à la réalité se traduit par un contenu neutre, factuel, concret, formellement bien perçu. La mise à distance et l'évitement se caractérisent par des réponses vagues et par l'anonymat des personnes perçues

Concernant les défenses secondarisées à versant obsessionnel, l'annulation rétroactive se caractérise par la modification d'une réponse dont le contenu pulsionnel est intolérable, a pour but d'annuler la portée de la réponse ayant souvent une valeur agressive. L'intellectualisation se traduit par des contenus à valence intellectuelle, culturelle, artistique ou par le recours à des contenus renvoyant à la science ou la géographie. L'isolation consiste à isoler un affect, une représentation, en fragmentant le contenu manifeste de la planche. Le recours à l'imaginaire est perceptible à travers des réponses kinesthésiques ou des contenus humains ou animaux irréels.

L'angoisse dominante de l'hystérie est l'angoisse de castration. Selon Bohm (1955), cette angoisse s'exprime par une stupeur face aux symboles sexuels masculins, par l'augmentation des réponses Dd, Dbl et Do, et par des contenus humains et animaux partiels. Le plus grand nombre de réponses A, Ad et Hd, comparé aux normes, est occasionné par les préoccupations corporelles. Chabert (1983) ajoute que ce dernier critère caractérise l'angoisse de castration si ceux-ci ont une bonne qualité formelle et si des contenus humains entiers sont

repérés ailleurs dans le protocole. Schafer (1954) propose deux listes de réponses renvoyant à la castration : « *accent mis sur la castration* », c'est par exemple des membres amputés, des pinces ou encore des cicatrices, et « *accent mis sur le phallique agressif* » comme des massues ou bien des coqs qui se battent... Des réponses témoignant d'un manque, de quelque chose de coupé, peuvent renvoyer aussi à l'angoisse de castration, à condition que le fantasme de mort ou de destruction soit absent. Chabert (1983) apporte une description fine de l'angoisse de castration au Rorschach dans les trois structures névrotiques. Dans l'hystérie, cette angoisse est principalement révélée aux planches II, IV et VI, planches réactivant la menace de castration. Les affects d'angoisse servent de défense contre les représentations coupables, les difficultés d'identification sexuelle.

Nous pouvons ajouter que les hystériques vont être sensibles à quasiment tous les contenus latents des planches et qu'ils sont les seuls à être suffisamment solides pour ne pas avoir besoin de lutter contre le morcellement provoqué par la planche X. De ce fait, ils devraient traiter plus souvent cette dernière planche en donnant uniquement des réponses D.

4. Le MMPI-2.

a) *Présentation du MMPI-2.*

Le MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory, a été créé en 1943 par Hathaway et McKinley. Ces derniers ne se sont pas appuyés sur des théories de la personnalité pour construire leur test, mais leur démarche était plutôt pragmatique, le but étant de repérer les différents troubles psychiatriques. Ils se sont basés sur des études de cas, sur des comptes rendus et entretiens cliniques, sur des observations pour formuler un millier d'items. Pour sélectionner les plus pertinents, ils les ont proposés à un groupe contrôle et à un groupe psychiatrique. Les items différenciant ces deux groupes ont été retenus pour faire partie du questionnaire et ont été une nouvelle fois testés par deux nouveaux groupes. C'est ainsi que sont apparues, dans le MMPI, les échelles cliniques, les échelles de validité et celles de contenu.

En 1989, Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen et Kaemmer ont révisé ce test et proposent une nouvelle version : le MMPI-2. Plusieurs critiques, récapitulées par Groth-Marnat (1997), ont montré la nécessité de modifier le questionnaire. Ces critiques

Méthodologie : Présentation du matériel utilisé.

portaient sur les items, sur l'échantillon et sur les normes de référence. Le but de Butcher et al. (1989) a donc été de garder la structure initiale tout en supprimant des items inutiles et en reformulant les autres. Ils ont également testé le questionnaire sur un échantillon normatif large et plus représentatif de la population. Ils ont créé des normes pour différencier chaque problème clinique les uns des autres. Ils se sont assurés de l'intérêt de chaque item et échelle et ont proposé des échelles inédites pour une interprétation la plus fine possible. Le MMPI-2 rencontre un réel succès ; il est utilisé dans le monde entier, en particulier dans les recherches anglo-saxonnes.

Le MMPI-2 est une série de 567 questions visant à estimer les caractéristiques psychopathologiques d'une personne telles que l'anxiété, la timidité ou bien encore la dépression. Les items sont classés selon six types d'échelles : 10 échelles cliniques, 7 échelles de validité, 15 échelles de contenu, 28 sous échelles Harris-Lingoes et des échelles supplémentaires. Les 10 échelles cliniques sont : Hypochondrie (1-Hs), Dépression (2-D), Hystérie (3-Hy), Déviation psychopathique (4-Pd), Masculinité-Féminité (5-Mf), Paranoïa (6-Pa), Psychasthénie (7-Pt), Schizophrénie (8-Sc), Hypomanie (9-Ma) et Introversion sociale (0-Si). Les échelles cliniques 3-Hy et 7-Pt sont caractéristiques de la névrose.

Greene (2000), Friedman, Lewak, Nichols et Webb (2001), Graham (2006) mettent en garde sur l'appellation des échelles cliniques car les noms originaux ont été conservés. L'échelle 3-Hy évalue donc l'hystérie telle qu'elle était vue par Hathaway et McKinley en 1943. Or nous avons vu précédemment que le concept d'hystérie avait beaucoup évolué.

b) Les caractéristiques de l'hystérie au MMPI-2.

L'échelle 3-Hy se compose de 60 items (13V et 47F). Les items sont par exemple : « *Je ressens souvent un état de faiblesse générale.* » (175-V), ou bien encore « *Au cours de ces dernières années ma santé a été généralement bonne.* » (141-F). Ils peuvent être répartis selon deux catégories : il y a les items faisant référence aux symptômes et plaintes somatiques et ceux qui reflètent l'image que la personne a d'elle-même : une personne sociable, répondant aux valeurs de la société. Pour Wiener (1948), la première catégorie est l'échelle évidente de l'hystérie tandis que la deuxième catégorie est l'échelle subtile de l'hystérie.

Le contenu de l'échelle 3-Hy étant hétérogène, il est nécessaire, en cas de score élevé, d'analyser les sous-échelles proposées par Harris et Lingoes (1955), pour une meilleure interprétation. Il en existe cinq, décrites par leurs auteurs de la façon suivante :

– Hy1 : *Dénégation de l'anxiété sociale* : Un score élevé à cette sous-échelle décrit un sujet extraverti, à l'aise dans les relations sociales et peu influencé par les normes sociales. Cette échelle donne donc une idée sur le caractère introverti ou extraverti d'une personne. Les sujets obtenant un score élevé à cette sous-échelle demandent attention, recherchent approbation et affection, dans leurs interactions sociales (Nichols, & Greene, 1995).

– Hy2 : *Besoin d'affection* : L'obtention d'un score élevé à cette sous-échelle dévoile un sujet demandant beaucoup d'affection et craignant que ce besoin reste inassouvi. Ce sujet, optimiste vis-à-vis d'autrui, perçoit tout le monde comme honnête, sensible et dénie ses propres sentiments négatifs,

– Hy3 : *Lassitude-Malaise* : Un score élevé révèle un sentiment de faiblesse, de fatigabilité, de tristesse, d'insatisfaction et de difficulté à se concentrer.

– Hy4 : *Plaintes somatiques* : Un haut score à cette sous-échelle indique que le sujet décrit diverses plaintes somatiques.

– Hy5 : *Inhibition de l'agressivité* : Un score élevé à Hy5 décrit un sujet investi dans ses relations et mettant en place des mécanismes de déni de l'agressivité et de la colère.

Le score T obtenu à l'échelle 3-Hy est considéré dans la norme de l'échantillonnage s'il se situe dans l'intervalle des scores allant de 50 à 65. Au-delà, ce score sera considéré comme élevé et le sujet comme présentant des traits hystériques. L'analyse des scores obtenus aux différentes sous-échelles de Harris et Lingoes permet une interprétation plus profonde et de savoir quelle composante de l'hystérie est la plus présente ou alors d'être prudent sur l'éventuel diagnostic d'hystérie.

L'échelle clinique 3-Hy permet d'évaluer des états de détresse ou de dysfonctionnement. Ainsi, un score élevé à cette échelle révèle une tendance à avoir des réactions dites hystériques face au stress, une tendance à réagir au stress et à l'anxiété par le biais de plaintes somatiques, ces plaintes ayant pour objectif de provoquer et rechercher affection et approbation d'autrui (Castro, 2006). Castro (2006), remarquant que la demande affective est évaluée, fait le lien entre un score élevé à l'échelle 3-Hy et les caractéristiques de la personnalité histrionique et ajoute qu'un score élevé à l'échelle 3-Hy est souvent associé à des scores élevés aux échelles 1-Hs et 2-D.

Friedman, Lewak, Nichols et Webb, en 2001, avancent que l'échelle 3-Hy permet d'estimer la disposition d'une personne à se défendre contre la souffrance, la douleur, en déniait son existence ou en transférant l'attention de celle-ci vers quelque chose de meilleur.

Méthodologie : Présentation du matériel utilisé.

Pour eux, cette échelle est représentative de la névrose. Un score élevé à cette échelle permet de rejeter toute hypothèse diagnostique d'un trouble psychotique, notamment lorsque ce score fait partie des deux scores les plus élevés des échelles cliniques de base du profil.

Pour Graham (2006), l'échelle 3-Hy permet d'identifier les sujets présentant des comportements hystériques lors de situation de stress. Il décrit 28 caractéristiques se retrouvant chez les sujets obtenant un score élevé à cette échelle : une partie de ces caractéristiques concerne les plaintes somatiques, les divers maux, la santé..., une autre concerne le déni, l'évitement de tout type de problèmes ou de situations désagréables, une dernière partie des critères fait référence au caractère infantile, optimiste et naïf des sujets hystériques dans leur relation à autrui.

En 2000, Greene¹⁸ propose une interprétation des différents niveaux de scores obtenus à l'échelle 3-Hy. Il décrit les personnes obtenant un score élevé sur l'échelle 3-Hy comme crédules, influençables, superficielles, immatures, naïves, optimistes dans leurs relations interpersonnelles et ayant peu conscience de leurs comportements ou de ceux d'autrui. Greene ajoute qu'ils perçoivent tout le monde comme honnête, demandent beaucoup d'attention, rejettent toute forme d'agressivité ou de conflit, craignent la douleur, sont assez extravertis et rentrent facilement en contact avec les autres, sans pour autant que les relations soient profondes, ces personnes étant égocentriques et manquant d'empathie. Leurs émotions seraient extrêmement labiles. Enfin, ce sont des personnes qui interagissent beaucoup avec le psychologue faisant passer le MMPI-2. A l'inverse, les personnes ayant obtenu un faible score sont timides, seules, présentent peu d'intérêts pour une activité quelconque, ont le sentiment d'avoir une vie difficile, sont remplies d'amertume. Ces personnes auraient peu de défenses et seraient rapidement démunies face à un environnement difficile.

D'autres échelles du MMPI-2 peuvent aussi étayer l'hypothèse de névrose hystérique.

Un score élevé à l'échelle 1-Hs d'hypocondrie révélant des préoccupations somatiques et des scores élevés aux sous-échelles D2 : Ralentissement psychomoteur, et D3 : Dysfonctionnement physique, ne seraient pas étonnant et pourraient être mis en lien avec les préoccupations somatiques et la somatisation, présentes chez les hystériques.

Comme vu précédemment, une tendance à la dépression, causée la plupart par du temps par des déceptions relationnelles, peut s'observer dans les manifestations hystériques.

18 Voir l'annexe 6, p 445 : Interpretation of Levels of Elevation on Scale 3 (Hysteria).

Ainsi, des scores élevés aux échelles 7-Pt de psychasthénie et 2-D de dépression pourraient apparaître, notamment à la sous-échelle de Harris-Lingoes D1 : Dépression subjective. Les troubles de la conscience et de la vigilance, quant à eux, pourraient être révélés par un score élevé à la sous-échelle de Harris-Lingoes D4 : Obtusion mentale.

La crainte de ne pas plaire, l'accordance portée au regard d'autrui, l'importance donnée au relationnel, peuvent se retrouver notamment dans les scores obtenus aux sous-échelles D5 : Ruminant, Pd1 : Conflits familiaux, Pd4 : Aliénation sociale, et Sc1 : Aliénation sociale. Les scores obtenus à l'échelle 6-Pa de paranoïa et ses sous-échelles peuvent également donner des indications sur le style relationnel, ces scores pouvant témoigner d'une sensibilité et méfiance par rapport à autrui, d'un sentiment d'infériorité, d'un manque d'affection ressenti ou encore d'un sentiment de manque de compréhension de sa famille.

Bien que l'échelle clinique 5-Mf : Masculin-féminin soit critiquable, du fait qu'elle ait été créée en considérant l'homosexualité comme une perversion, le score obtenu peut toutefois donner un indice sur l'identification aux rôles sexuels, peut révéler, ou non, des inquiétudes liées à des problématiques d'identification sexuelle.

Le théâtralisme, l'exagération, la volonté d'attirer l'attention, peuvent être mis en parallèle avec une certaine extraversion, mesurable avec les échelles 9-Ma d'hypomanie et 0-Si d'introversion sociale.

Concernant les échelles de validité, un score en dehors des normes de l'échantillonnage aux échelles L : Lie et/ou K : Correction scale, peut révéler le besoin de se montrer sous un jour favorable pour plaire à autrui, une tentative d'attirer l'attention ou bien encore la tendance à l'exagération observable chez les personnes hystériques.

Nous pouvons également nous attendre à des scores supérieurs aux normes de l'échantillonnage aux échelles de contenu suivantes : ANX : Anxiété, DEP : Dépression, HEA : Health pour les préoccupations somatiques, LES pour l'estime de soi basse expliquant le besoin de réassurance et FAM : Problèmes familiaux.

Il en est de même aux échelles supplémentaires suivantes : A : Anxiété, Do : Domination et Re : Responsabilité. Plus les scores sont élevés aux échelles Do et Re et plus les sujets fonctionnent bien socialement, moins ils sont timides, plus ils sont chaleureux....

III – La procédure et l'exploitation des données.

1. L'administration des différentes épreuves.

L'ensemble des entretiens, ainsi que les passations de tests, ont été retranscrits le plus fidèlement possible. Les silences, lapsus et agirs comportementaux ont donc également été relevés.

Les données sont ensuite analysées de manière qualitative, non systématisée. Ceci consiste à mener une lecture globale non détaillée afin de se familiariser avec un problème. Cette analyse descriptive du discours prend en compte la position du sujet par rapport à son discours, la manière dont il s'exprime, ses attitudes et émotions, la communication non verbale, la congruence entre le contenu du récit et la forme. Une analyse de la conversation et des échanges est également possible. L'objectif est d'analyser la façon dont la relation s'est instaurée, les mécanismes de défense prévalant dans la relation, la résistance ou coopération.

L'épreuve de Rorschach a été passée de façon classique. La consigne donnée est la suivante : *« Je vais vous montrer plusieurs planches avec des tâches d'encre. Vous allez essayer d'imaginer ce qu'elles pourraient représenter. Il est important de dire tout ce à quoi vous pensez. Vous pouvez donner une ou plusieurs réponses, sur une partie ou sur l'intégralité de la planche. Si vous le souhaitez, vous pouvez également tourner l'image. »*. Les temps de réponse, de latence, sont relevés à l'aide d'un chronomètre. Il est important de préciser qu'il ne sert à rien de répondre rapidement, le temps de latence n'étant pas interprété en termes de performance.

Dans un second temps, toutes les planches sont représentées afin que les sujets puissent expliquer leur réponse. Est-ce par exemple la forme ou la couleur qui leur a fait penser à leurs réponses. Ceci aidera à la cotation du protocole.

Puis, les dix planches sont toutes disposées sur la table et les participants doivent désigner les deux planches qu'ils ont préférées, les deux planches qu'ils ont le moins aimées, celle qui les représente le mieux, celle qui représente le mieux leur mère et enfin celle qui représente le mieux leur père. Chaque choix doit être expliqué.

Enfin les réponses sont reprises avec la méthode psychanalytique associative développée par de Tychey et Lighezzolo (1983). Cette méthode consiste à représenter, après la passation classique et l'enquête, les dix planches aux sujets, ainsi que leurs réponses, afin qu'ils les associent à des éléments de leur vie. Ceci permet le principe de la libre association et permet de recueillir davantage d'informations sur le fonctionnement intrapsychique des participants.

Par la suite, une « analyse formelle » et une « analyse dynamique » sont effectuées (Richelle & al., 2009). L'analyse formelle consiste principalement à coter les réponses, selon les critères de l'école de Paris, afin d'élaborer des psychogrammes. Les modes d'appréhension, les déterminants, les contenus de chaque réponse sont ainsi repérés, tout comme les réactions du sujet face aux planches. L'analyse dynamique a pour but de chercher à comprendre ce qui est dit à travers les réponses, a une visée plus interprétative. Les contenus latents des planches ; l'expression pulsionnelle, le type d'angoisse, les mécanismes de défense ; la structuration de l'identité, notamment sexuée, les assises narcissiques ; les modalités relationnelles, la relation aux figures parentales ; l'appréhension de la réalité, l'affectivité, sont alors considérés.

En effet, poser un diagnostic de structure étant impossible avec pour seuls indices, ceux du psychogramme, et parce qu'il est plus intéressant d'analyser les réponses une par une, les protocoles ont été interprétés d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

Concernant le MMPI-2, les participants ont rempli eux-mêmes cet auto-questionnaire. Le chercheur reste toutefois à disposition pour répondre à toute éventuelle question concernant le test, pour éclairer ou reformuler certains items si le sujet le demande. Les résultats ont été obtenus à l'aide des grilles de correction. Comme pour les protocoles de Rorschach, les réponses ont été étudiées d'un point de vue quantitatif (à l'aide de l'ouvrage de Castro, 2006), puis qualitatif, certains items étant significatifs pour cette recherche, comme par exemple ceux concernant les plaintes somatiques, les parents et la famille, l'identité sexuelle ou encore la séduction, la sexualité et la vie affective. Par exemple, l'item 371 est : « *J'ai souvent désiré être de l'autre sexe* » ou encore l'item 189 : « *J'aime flirter* ». Il est alors tout à fait intéressant de prendre ces items un par un pour les traiter de manière qualitative et non seulement quantitative.

Précisons que l'échelle supplémentaire Mt a été supprimée de nos protocoles car aucun participant n'est étudiant, tout comme les échelles supplémentaires GM et GF, beaucoup critiquées pour les mêmes raisons que l'échelle clinique 5-Mf Masculin-Féminin.

Méthodologie : La procédure et l'exploitation des données.

Plusieurs entretiens par personne sont nécessaires. Les premiers sont davantage des entretiens cliniques, puis un est consacré à la passation du test de Rorschach et la méthode associative, un autre au MMPI-2. Un dernier temps de rencontre est nécessaire pour clore l'échange et recueillir les ressentis. Si la personne le souhaite, elle pourra avoir un retour sur la recherche et sur ses résultats aux deux tests de personnalité.

2. L'approche comparative.

Cette recherche repose sur une approche comparative : les mêmes dimensions, les mêmes hypothèses sont testées, de façon similaire, chez les femmes et les hommes de l'échantillon. Cette approche comparative va permettre de voir s'il existe ou non des spécificités aux femmes hystériques et/ou aux hommes hystériques, parallèlement à leurs points communs. Pour ce, deux analyses comparatives intragroupes, puis une analyse comparative intergroupe, sont réalisées, ce qui permettra également de répondre aux différentes hypothèses théoriques et à l'hypothèse générale.

Dans un premier temps, l'ensemble des données obtenues aux deux tests de personnalité fera l'objet d'une analyse quantitative, à l'aide d'un logiciel statistique. Ayant deux groupes de petits effectifs (10 femmes et 10 hommes), nous ne pouvons dire avec certitude que ces échantillons suivent une distribution gaussienne, ce qui est fondamental pour faire des statistiques paramétriques. Pour être le plus juste possible, des tests statistiques non paramétriques vont donc être réalisés :

- Le test U de Mann-Whitney, pour échantillons indépendants, est utilisé pour comparer les résultats obtenus, par les femmes hystériques versus les hommes hystériques, au test de Rorschach et au MMPI-2
- Le test T pour groupes appariés, quant à lui, est utilisé pour comparer entre eux, les résultats des différentes catégories d'échelles, afin de mettre en évidence des points communs entre les femmes et les hommes hystériques.

Dans un second temps, une analyse qualitative sous forme d'une étude clinique exhaustive comparative d'une femme hystérique et d'un homme hystérique est réalisée, afin d'illustrer les considérations énoncées dans l'analyse quantitative.

IV – Code de déontologie, règles éthiques et formulaire de consentement.

Tout psychologue se doit de respecter les différentes règles énoncées par le code de déontologie de Mars 1996, révisé en Février 2012, selon lequel « *le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable* ».

Une partie de ce code est réservée à la recherche en psychologie. Il va donc de soit de respecter les différents articles énoncés.

Ainsi, l'Article 44 demande de s'assurer que cette recherche a pour but d'acquérir des connaissances de portée générale et qu'elle est moralement acceptable. De plus, celle-ci impliquant la participation de sujets humains, la liberté et l'autonomie de chacun doivent être respectés et leur consentement, éclairé.

Comme l'indique l'Article 45 et comme l'atteste le cadre théorique, des recherches approfondies de la littérature scientifique déjà existante sur cet objet d'étude ont été réalisées et plusieurs hypothèses ont été explicitement formulées.

Selon l'Article 46, il est primordial d'évaluer tout éventuel risque et inconvénient pour les personnes impliquées, pouvant découler de la recherche. Les participants ont été avertis de leur droit d'accepter ou refuser de participer à la recherche et de leur liberté de se rétracter à tout moment.

Comme le veut l'Article 47, un formulaire de consentement libre et éclairé est présenté à chaque sujet de la recherche et est signé par ces derniers. Les objectifs et la procédure de recherche sont retranscrits dans ce formulaire, mais conformément à l'Article 48 et pour le bien-être des sujets, le terme « *hystérie* » n'apparaît pas, ce terme ayant une connotation péjorative dans le langage courant et pouvant, de ce fait, être mal interprété et mal perçu par les participants. Il est également noté que chacun a le droit d'être informé des résultats (Article 51). Le secret professionnel, la confidentialité des données recueillies, ainsi que l'anonymat, sont assurés aux participants (Article 50).

Enfin, comme le souhaite l'Article 53, les effets de la recherche sur les participants sont observés. En cas de conséquences négatives, il est important de remédier à celles-ci.

Méthodologie : Code de déontologie, règles éthiques et formulaire de consentement.

Ceci est résumé dans la formule de Mietkiewicz et Bouyer (1998) selon laquelle « *les sujets sont consentants, éclairés et libres* ». En effet, les participants à cette recherche sont « *consentants* » car ils ont accepté de participer à la recherche. Ils sont également « *éclairés* » car le but de la recherche, les tests utilisés leur sont présentés. Enfin, ils sont « *libres* » car il leur est précisé qu'ils ont le choix d'accepter ou de refuser de participer à la recherche et qu'ils peuvent changer d'avis à tout moment.

Le formulaire de consentement reprend ces différents points, assure le respect de chaque participant et leur anonymat. En effet, toutes les informations sont dépersonnalisées afin qu'il soit impossible d'identifier les sujets. Prénoms, noms, dates de naissance, villes ou toute autre information n'apparaissent pas. Ainsi, toutes les données nominatives de cette recherche sont fictives. Il est également noté que les personnes peuvent souhaiter un retour sur les différents tests passés.

V – Les indices permettant de mettre à l'épreuve les hypothèses théoriques en les transformant en hypothèses de travail.

Les hypothèses théoriques sont mises à l'épreuve grâce aux informations recueillies au cours des entretiens cliniques, au test de Rorschach, ainsi qu'au MMPI-2.

Tout d'abord, un score T élevé aux échelles d'hystérie 3-Hy et de psychasthénie 7-Pt du MMPI-2 et des scores aux huit autres échelles cliniques dans les normes de l'échantillonnage, confirmeront que les participants présentent bien une structure névrotique. Le V de conversion, pouvant s'observer au MMPI-2, est caractéristique de l'hystérie. Il se repère par un score T élevé aux échelles d'hypocondrie et d'hystérie et par un score T bas à l'échelle de dépression. Toutefois, l'absence de ce critère ne signifie pas absence d'hystérie.

Au test de Rorschach, une représentation de soi de niveau œdipien névrotique, des relations d'objet de type œdipien génital, des mécanismes de défenses et une angoisse relevant de l'organisation névrotique confirmeront également que les sujets sont de structure névrotique.

L'hypothèse 1 : *les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, présenteraient une difficulté d'identification sexuelle*, va notamment être vérifiée par la capacité à donner des représentations de soi sexuées (féminines, masculines, bisexuelles) au test de Rorschach. Il serait intéressant de voir si les difficultés d'identification sexuelle s'expriment de la même façon chez les femmes et les hommes hystériques. Nous avons précédemment parlé de l'attraction du phallique et de la déqualification du féminin (caractéristique de l'hystérie féminine pour Chabert, 1987). Nous pouvons nous demander si ceci n'est pas caractéristique de la femme hystérique et si chez l'homme hystérique, il ne s'agirait pas davantage d'une déqualification du phallique au profit d'une attraction du féminin. La difficulté d'identification sexuelle se traduirait alors par une attraction du sexe opposé et une déqualification de son genre. De plus, nous savons qu'à la planche III du test de Rorschach, les personnes ont tendance à voir des personnages du même genre qu'elles. Il serait alors pertinent de s'intéresser aux réponses données par nos sujets à cette planche, tout comme il serait intéressant de repérer la sensibilité des participants aux caractéristiques

Méthodologie : Les indices permettant de mettre à l'épreuve les hypothèses.

phalliques et féminines du contenu manifeste des planches. Des chocs face aux planches à la symbolique sexuelle peuvent également questionner quant à une difficulté d'identification sexuelle, tout comme une inversion des symboliques (donner par exemple un contenu symbolisant le féminin-maternel à une planche au contenu manifeste phallique). Les différents éléments de l'entretien clinique pourront également aider à confirmer ou infirmer cette hypothèse. Enfin, l'échelle clinique 5-Mf (Masculin-féminin) du MMPI-2, utilisée prudemment, peut également donner un indice pour cette hypothèse.

L'hypothèse 2 : *chez les femmes hystériques, comme chez les hommes hystériques, l'angoisse de castration serait au cœur du tableau clinique*, sera vérifiée, au test de Rorschach, par les réponses traduisant cette angoisse de castration, comme des membres coupés, amputés, par un malaise face aux planches phalliques ou féminines, maternelles. Nous pouvons nous demander si cette angoisse de castration ne serait pas plus prégnante chez les hommes, notamment aux planches IV et VI, qui sont des planches à forte symbolique sexuelle. En revanche, aucun item du MMPI-2 ne permet d'évaluer la présence ou non de l'angoisse de castration. Lors du recueil d'éléments anamnestiques, l'angoisse de castration, difficilement décelable, peut s'exprimer à un niveau général (non spécifiquement sexuel) par la peur de ne pas y arriver par exemple.

L'hypothèse 3 : *chez les femmes hystériques, comme chez les hommes hystériques, le conflit œdipien ne serait pas résolu*, sera vérifiée à travers l'entretien clinique préalablement mené, l'anamnèse, la façon dont le sujet parle de ses parents, décrit la dynamique familiale. Les réponses, scénarii perçus au test de Rorschach, ainsi que l'enquête des limites, permettront également de tester cette hypothèse. Nous pouvons par exemple nous attendre à des scénarii de rivalité œdipienne ou un rejet des planches symbolisant le parent du même sexe et une attractivité pour celles symbolisant le parent du sexe opposé. Enfin, les réponses données aux items du MMPI-2 portant sur les parents, apporteront des éléments sur le conflit œdipien.

L'hypothèse 4 : *les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, seraient dans une relation d'objet génitale, dans une érotisation des relations, seraient en perpétuelle quête d'affection*, va être vérifiée au travers des réponses kinesthésiques données au test de Rorschach. Celles-ci devraient témoigner de relation d'objet génitale névrotique, à savoir des interactions positives, des relations de compétition-opposition, ainsi que des va-et-

vient entre désir et interdit. Nous avons vu précédemment que plusieurs auteurs parlaient de la rareté des kinesthésies K dans les protocoles hystériques. La présence de ce déterminant dépend de l'espace imaginaire de la personne. Chez les hystériques, il s'agira davantage de petites kinesthésies (kan, kob, kp). Les relations mises en scène dans les réponses kinesthésiques peuvent également être érotisées, comme par exemple « *un couple qui s'embrasse* ». Cette hypothèse pourra également être confirmée ou infirmée selon la relation que le participant cherche à créer avec le clinicien, ainsi qu'à travers la relation aux autres. Si ces relations sont érotisées, que la personne est en quête continue d'affection, ceci viendra confirmer l'hypothèse. Enfin, un score T bas obtenu à l'échelle d'introversion sociale 0-Si du MMPI-2 indiquera un besoin d'être entouré de personnes, traduira une certaine extraversion et sociabilité.

L'hypothèse 5 : *les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, privilégieraient le recours à des défenses secondarisées hystéro-phobiques, notamment le refoulement, la théâtralisation, dramatisation, la régression, et des procédés marqués par l'inhibition et auraient possiblement recours à des défenses secondarisées obsessionnelles plutôt qu'à des défenses narcissiques et archaïques renvoyant davantage aux processus primaires*, va être mise à l'épreuve de différentes manières. Le côté théâtral peut se repérer dans le comportement de la personne lors des entretiens, peut se retrouver au niveau des échelles de validité du MMPI-2, ainsi que dans les caractéristiques qualitatives des réponses données au Rorschach. Pour Chabert (1983), cette dramatisation serait l'expression du refoulement. Ce dernier se repère notamment dans les réponses obtenues au test de Rorschach : refus, choc, réponses banales, nombre total de réponses... Les mécanismes marqués par l'inhibition se retrouvent dans le recours à la mise à distance, à l'évitement, à la projection dans le réel du danger pulsionnel ou encore dans le déplacement de l'angoisse sur un objet phobogène. L'inhibition se repère également à travers le nombre total R de réponses au test de Rorschach. La régression se retrouve notamment dans les contenus faisant référence aux contes, à l'imaginaire et dans les représentations d'enfants, et au MMPI-2 à travers certaines questions portant sur l'enfance. La régression peut également transparaître à travers différents comportements ou conduites relatées.

Enfin le contre-transfert, bien qu'étant une mesure subjective, peut aider à la confirmation ou infirmation de certaines hypothèses, tout comme les différentes observations cliniques ou le comportement des participants.

L'HYSTERIE : Existe-t-il des différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques ? Étude à travers l'épreuve de Rorschach et le MMPI-2.

Analyses cliniques

**A. Présentation de dix femmes présentant
une structure de personnalité hystérique.**

I – Analyse des données cliniques d'Alexandra.

1. Anamnèse.

Alexandra est une femme, pleine d'énergie, âgée de 38 ans. Elle se montre très coopérante, lors des entretiens. Elle est logorrhéique, très expressive, voire théâtrale, et accompagne ses propos avec de grands gestes, des grimaces, des sourires.

Alexandra consulte dans un centre médico-psychologique depuis peu, suite à une tentative de suicide ayant eu lieu deux mois auparavant : « *Selon l'infirmière psy que j'ai vue, c'est une tentative de suicide. Je voulais juste faire un gros dodo, alors j'ai pris du Martini et des médicaments. Je voulais faire comme dans les films. C'est rigolo !* ». Ceci peut faire preuve de théâtralisme.

Elle explique ce passage à l'acte par une accumulation de difficultés rencontrées : « *Je suis divorcée depuis sept mois. On s'est séparé il y a un an. C'est devenu compliqué après ma deuxième grossesse. C'est un enfant handicapé. Il a quatre ans aujourd'hui. [...] C'était une accumulation de mal-être, de soucis. J'ai du tout assumer toute seule pendant plus d'un an. Dans ma famille, on n'est pas dans l'extériorisation. J'ai pas été habituée à ça. Ma mère a divorcé quand j'avais deux ans et demi. Mon frère avait trois semaines. Ma mère est bipolaire. Elle a fait plusieurs TS. J'ai dû m'en occuper. A 10 ans, je l'amenais aux urgences. Moi, c'était pas un acte désespéré. Je voulais montrer mon ras-le-bol. C'était un message d'alerte. J'ai rencontré plein de problèmes au travail aussi. J'étais fatiguée, proche du burn-out. Ça va mieux aujourd'hui. Je reste efficace au boulot. [...] J'ai essayé de prendre modèle sur ma grand-mère, d'être forte. On est beaucoup de femmes dans la famille et on se débrouille seules.* ».

Cela fait tout de même plusieurs fois qu'elle demande de l'aide auprès de professionnels : « *Depuis deux ans, j'ai essayé des thérapies. J'ai eu trois psychologues différents. J'avais travaillé sur l'estime de soi, comme elle disait, mais moi je dis que c'est l'estime de moi ! (Rires) Ça devenait trop cher, j'ai dû arrêter mais ça se passait bien avec la dernière.* ». Actuellement, elle dit constater une amélioration de sa thymie tout en « *sentant*

encore une fragilité ».

Concernant sa vie amoureuse, Alexandra a été en couple durant dix ans, dont sept ans de mariage, avec le père de ses deux enfants, âgés de 4 et 7 ans. Ce serait elle qui aurait demandé le divorce.

Elle est de nouveau en couple depuis peu : *« J'ai rencontré quelqu'un il y a quatre mois. Il a aussi des problèmes, lui. Il est en instance de divorce. »*. Lors du premier entretien, Alexandra reste évasive quant à sa relation actuelle. Au cours du second rendez-vous, elle décrit une relation chaotique : *« Il me dit que je brasse du vent. Mais c'est que je pars dans tous les sens, je commence plein de choses à la fois mais quand on fait le résultat à la fin de la journée, j'ai fait plein de choses. C'est ce que je lui dis. Il me critique souvent. Il n'a pas de vie sociale active, il doit avoir que ça à faire de me critiquer. L'autre jour, je sors du travail, je devais aller récupérer mon fils à l'école mais j'avais un peu de temps. Plutôt que de rentrer à la maison pour dix minutes, j'ai préféré aller au bar. Bah, il me l'a reproché. Il me dit que j'aurais pu rentrer pour passer dix minutes avec lui. Mais c'est ce que je lui dis, si c'est pour se disputer pendant dix minutes, ça sert à rien ! [...] Je suis fragile, naïve. Je m'étais laissée manipuler au départ. Je me suis disputée avec une amie de longue date à cause de lui. [...] Il y a des prises de bec régulières. Il veut que je le mette à la porte ou quoi ?! [...] Il me séquestre dans ma propre maison, dans ma propre vie. Il me passe des soufflantes. Je suis pas sa fille ! [...] J'ai suffisamment eu des remarques de mon ex-mari. On n'est jamais d'accord sur l'éducation des enfants. [...] Il m'aide pas à me relever. Je lui dis, si ça continue je vais refaire pareil (fait référence à la TS). Il me culpabilise. C'est jamais de sa faute à lui, c'est tout le temps de la mienne. »*. Il semblerait y avoir eu plusieurs discussions sur l'éventualité d'une rupture. Alexandra semble percevoir le couple comme devant jouer le rôle d'étayage. Son compagnon ne répondant pas à cette demande, elle se met en position de victime et tente alors d'attirer son attention par divers gestes. Les affects dépressifs, les tentatives de suicide, ou autre recours à des manifestations théâtrales, peuvent alors avoir pour objectif d'attirer l'attention de son partenaire. La conflictualité sexuelle semble également occuper le devant de la scène.

Au niveau familial, Alexandra a été élevée dans un environnement principalement féminin, puisqu'éduquée par sa mère et sa grand-mère. Elle ne connaît que peu son père. Comme dit précédemment, elle a un frère cadet, avec qui l'entente est bonne. Elle évoque très

peu le contexte familial de son enfance et reste focalisée sur les difficultés rencontrées dans sa vie amoureuse actuelle.

Au sujet de sa santé, Alexandra dit souffrir de fibromyalgie : « *J'ai une santé fragile. J'ai un bilan prochainement de ma fibromyalgie. Je suis extrêmement fatiguée. Dans la fibromyalgie, il y a le syndrome de fatigue chronique. Je pense que je suis en train de le développer. Je m'endors en voiture. J'ai 60 km pour aller au boulot et je dois m'arrêter deux fois, je dois beaucoup me concentrer pour ne pas m'endormir, pourtant je ne prends pas de médicaments, rien. Je suis dépassée à la maison.* ». Cette fibromyalgie est le témoin d'une tendance à la somatisation, peut être celui d'une structure d'hystérie de conversion et peut renvoyer à un besoin d'attirer l'attention, la compassion d'autrui.

Pour compléter cette anamnèse, Alexandra est professeure de broderie, ce qu'elle considère comme une passion, et semble avoir une vie sociale riche.

Après cinq entretiens psychologiques, cette patiente dit « *La tête va bien donc tout va mieux ! Encore quelques problèmes de santé. Mais ça va mieux dans mon couple. J'ai repris pieds dans mon travail, je reparle à ma meilleure copine et les enfants évoluent positivement.* ». Elle n'honore pas le sixième entretien, sans excuser son absence et ne donnera pas de nouvelles par la suite.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach d'Alexandra, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 7, p 446.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Comme Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) l'indiquaient, le TRI est extratensif ($TRI = 3 K / 7,5 \Sigma C$). Il y a moins de réponses FC que de réponses CF et C ($FC = 0 ; CF = 1 ; C = 2 ; C'C = 1$). Le $F+\%$ est compris entre 50 et 60 ($F+\%=50$). Le nombre total de réponses R est proche de la moyenne ($R=23$), et les réponses Dd et Dbl sont rares ($Dd=1 ; Dbl=0$).

Analyse des données cliniques d'Alexandra.

En revanche, il n'y a pas moins de deux réponses kinesthésiques (K=3). Le G% n'est pas particulièrement bas (G% = 43,5) et les réponses estompées EF ou E ne sont pas fréquentes (EF=0 ; FE=1). Enfin, il n'y a aucun refus.

b) *D'un point de vue qualitatif.*

Alexandra est sensible au contenu latent de la plupart des planches du test de Rorschach : bonne sensibilité au contenu latent de sept planches (planches I, III, IV, V, VI, VII et IX) et sensibilité partielle au contenu latent de trois planches (planches II, VIII et X). Ceci est un élément allant en faveur d'une hypothèse de structure de personnalité névrotique.

Les réponses d'Alexandra renvoient à treize représentations de soi unitaires, dont quatre parcellaires, et dix représentations de soi non unitaires (parmi ces 23 représentations, six sont sexuées). Il semblerait donc que l'unité corporelle soit quelque peu atteinte, ce qui peut être mis en lien avec la fibromyalgie. Bien qu'elle n'ait pas recours à la dévalorisation et n'intègre le blanc qu'à une seule réponse, il semble y avoir une atteinte narcissique importante, s'exprimant notamment à travers les nombreuses défenses hypomanes antidépressives et identifications projectives.

Concernant les mécanismes de défense, Alexandra utilise principalement le recours à l'imaginaire (3 K, 2 kan, 1 kob et 4 kp), l'identification projective, la projection des pulsions agressives, le refoulement (cinq banalités perçues et un choc R), ainsi que la mise en avant dramatisée des affects. Elle utilise également la projection d'affects dépressifs, le recours à la réalité, l'intellectualisation, le recours à l'agir, l'inhibition, la régression (régression passive aux planches IV et VI), la lutte contre les affects dépressifs. Ces différents mécanismes ne semblent pas être suffisamment efficaces puisqu'Alexandra obtient un indice d'angoisse très élevé (IA% = 30) et la dynamique intra-planche est majoritairement régrédiente (six planches sur dix).

Deux types d'angoisse émergent des réponses d'Alexandra : l'angoisse de castration aux planches II, IV et X ; l'angoisse de perte d'objet aux planches maternelles VII et IX, à travers les remarques lien, les notions d'attachement. L'angoisse de castration se manifeste à travers la réponse « Sang », le choc face au rouge, la référence à une image puissante et dangereuse (« cornes de diable »), à la planche II. A la planche IV, l'omission du détail

phallique, le caractère dérangeant prêté à l'image, ainsi que la dénégation à l'enquête « *cette partie-là me dérange car pour moi, elle aurait une représentation phallique mais je n'ai pas de problème de ce côté-là !* », témoignent de l'angoisse de castration. Elle finira par interpréter ce détail (« *ça pourrait être une moto sinon (rires)* ») pour lutter contre cette trop forte angoisse de castration émergente. Enfin, à la dernière planche, cette même angoisse apparaît à travers la thématique phobique, lors de l'enquête. A ceci s'ajoutent les cinq représentations de soi parcellaires aux planches I (R3 et R4), II (R6), VI (R14) et X (R21), pouvant également témoigner de la présence de l'angoisse de castration.

Le conflit œdipien n'apparaît pas dans le protocole d'Alexandra, hormis au travers des six kinesthésies de type va-et-vient entre désir et interdit qu'elle perçoit. Ceci peut peut-être s'expliquer par l'absence de son père dans son enfance.

Concernant la difficulté d'identification sexuelle, celle-ci peut apparaître à travers les six représentations de soi sexuées. En effet, une oscillation entre des représentations de soi masculines et féminines est observable : « *des cornes de diable* » (R6), « *un gros bonhomme* » (R10), « *des éléphants* » (R16) puis « *des danseuses* » (R17), une « *fleur* » (R18 et R20). La difficulté d'identification sexuelle apparaît également à travers l'incapacité d'Alexandra à donner une identité sexuelle aux « *personnages* » perçus à la planche III, ainsi qu'au « *quelqu'un* » perçu à la planche VI.

Concernant les relations d'objet, elle perçoit de nombreuses kinesthésies. Sept d'entre-elles renvoient à des relations névrotiques, de niveau œdipien-génital, dont six de type va-et-vient entre désir et interdit [planches III (R8), VI (R14 et R15), V (R11), VII (R17) et IX (R20)] et une de type opposition-compétition [planche X (R23)]. Trois réponses renvoient, en revanche, à des relations d'objet de niveau limite-narcissique : deux relations de dépendance anaclitique [planche I (R3 et R4)] et une kinesthésie de posture [planche IV (R10)].

Enfin, Alexandra présente de bonnes capacités de symbolisation et une attractivité du phallique est constatée, le masculin-phallique étant plus souvent symbolisé que le féminin-maternel, ce qui confirme de nouveau l'hypothèse d'une structure névrotique. Alexandra symbolise par exemple le masculin-phallique aux réponses R3, R8, R10, R14 ou encore R20, R23 ; le féminin-maternel à R4, R15, R17, R18 ou encore R20. La pulsion agressive est

Analyse des données cliniques d'Alexandra.

symbolisée aux réponses R6, R8, R19 ou encore R20, R23, mais apparaît également de manière crue aux réponses R3, R5 ou encore R7 et R10.

Pour conclure, le recours au refoulement, l'angoisse de castration, la difficulté d'identification sexuelle, les nombreuses relations d'objet névrotiques et l'attractivité du phallique, présents dans le protocole d'Alexandra, permettent de confirmer l'hypothèse de structure névrotique hystérique.

Il existe deux types de structure hystérique : une se caractérisant par une conversion somatique, l'autre par une angoisse. Il semblerait qu'Alexandra présente davantage une structure d'hystérie de conversion, à la vue du diagnostic de fibromyalgie et de l'atteinte de l'unité corporelle au test de Rorschach.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 d'Alexandra constitue l'annexe 8, p 456.

a) D'un point de vue quantitatif.

Tout d'abord, notons qu'Alexandra obtient un score supérieur aux normes de l'échantillonnage aux échelles de validité, indiquant alors une tendance à l'exagération (F=82 ; Fb=85 ; F-K=3 ; K=39). Ainsi, nous observons des scores élevés à sept échelles cliniques sur dix, à quatorze échelles Harris-Lingoes sur trente et une, ainsi qu'à onze échelles de contenu sur quinze. Le protocole est donc invalide. La tendance à l'exagération, ainsi qu'à la dramatisation, est la seule donnée transparente. Ceci peut avoir comme objectif d'attirer l'attention et peut alors s'apparenter à la quête perpétuelle d'amour et d'attention des personnes hystériques. Plusieurs échelles indiquent également un sentiment d'incompréhension, de solitude (Pd4=81 ; Pa1=75 ; Sc1=84). Ce sentiment de manquer de soutien peut être, de nouveau, lié à la quête d'affection.

Avec prudence, notons qu'Alexandra a obtenu un score supérieur aux normes de l'échantillonnage à l'échelle clinique d'hystérie (3-Hy=77). Ce sont les scores obtenus aux sous-échelles Hy3 et Hy4 (Hy3 =83 ; Hy4=89) qui majorent le score général. Ces résultats témoignent de préoccupations somatiques anormalement élevées. Ceci se retrouve également

aux échelles 1-Hs et D3 (1-Hs=87 ; D3=70) et peut être mis en parallèle avec le diagnostic de fibromyalgie d'Alexandra.

Une symptomatologie dépressive est révélée (2-D=77 ; Pd5=77) ce qui peut aussi être observable chez les personnes présentant une structure de personnalité hystérique et s'articule au tableau clinique.

b) D'un point de vue qualitatif.

Les réponses d'Alexandra ne laissent pas transparaître d'éventuel conflit œdipien puisqu'elle répond de la même manière aux items portant sur les figures maternelle et paternelle, ainsi elle répond aimer son père (item 90) et sa mère (item 276) ; que son père est un brave homme (item 6) tout comme sa mère est une brave femme (item 192).

Aucune difficulté d'identification sexuelle n'émerge également de ses réponses. À l'item 62, Alexandra dit n'avoir jamais regretté être une fille et à l'item 371, elle répond n'avoir jamais désiré être de l'autre sexe.

Concernant son mode de relation aux autres, Alexandra dit être terriblement blessée par les critiques et réprimandes (item 127) et dit s'efforcer d'être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés et critiques (item 492). Elle ajoute ne pas recevoir toute la compréhension ou la sympathie dont elle a besoin (item 278). Ceci peut s'apparenter au besoin de plaire, à la quête d'attention des personnes hystériques. En revanche, les réponses d'Alexandra ne témoignent pas d'une érotisation des relations, puisqu'elle dit ne pas aimer flirter (item 189), ne pas se soucier de son apparence extérieure (item 220), ou encore ne pas être particulièrement préoccupée de l'effet qu'elle produit (item 335).

Les réponses d'Alexandra ne laissent également pas transparaître de régression. A l'item 348, elle répond ne pas souhaiter être de nouveau une enfant.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.

L'anamnèse ne permet pas de mettre à l'épreuve cette première hypothèse.

Analyse des données cliniques d'Alexandra.

En revanche, une difficulté d'identification sexuelle peut être constatée au test de Rorschach, à travers l'oscillation entre des représentations de soi masculines et féminines, et l'incapacité d'Alexandra à donner une identité sexuelle aux personnes perçues aux planches III et VI. Cette première hypothèse est alors confirmée par le test de Rorschach.

Le MMPI-2, quant à lui, infirme cette hypothèse car aucune difficulté d'identification sexuelle n'émerge des réponses d'Alexandra. Elle dit notamment n'avoir jamais regretté être une fille ou n'avoir jamais désiré être de l'autre sexe.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

L'anamnèse et le MMPI-2 ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette deuxième hypothèse.

Les réponses apportées au test de Rorschach, quant à elles, révèlent deux types d'angoisse. La première est l'angoisse de castration. Elle se retrouve dès la deuxième planche, à travers la réponse « *Sang* », le choc face au rouge et la référence à une image puissante et dangereuse ; à la planche IV, lorsqu'Alexandra n'interprète pas le détail phallique, prête un caractère dérangeant à cette image, et nie avoir « *un problème* » avec les représentations phalliques ; à la dernière planche, à travers la thématique phobique, lors de l'enquête. A ceci s'ajoutent les cinq représentations de soi parcellaires aux planches I, II, VI et X, ce qui atteste de la présence d'angoisse de castration. La deuxième angoisse constatable est l'angoisse de perte d'objet aux planches maternelles VII et IX, à travers les remarques lien, les notions d'attachement. Cette hypothèse est donc en partie confirmée.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Seulement la vie amoureuse chaotique d'Alexandra, ainsi que la conflictualité sexuelle très présente dans sa vie sentimentale, pourraient témoigner de la non-résolution du conflit œdipien, non-résolution qui pourrait être due à l'absence de l'objet amoureux œdipien dans son enfance et adolescence. La relation conjugale sous le primat de l'anaclitisme et des tendances dépressives, qu'entretient Alexandra avec son compagnon actuel, pourrait être la conséquence d'un choix régressif devant la non-résolution du conflit œdipien. Cette hypothèse serait alors confirmée.

En revanche, les réponses apportées au test de Rorschach, ainsi qu'au MMPI-2 infirment cette troisième hypothèse. Le conflit œdipien n'apparaît pas dans le protocole

Rorschach, hormis au travers des six kinesthésies de type va-et-vient entre désir et interdit perçues par Alexandra, et au MMPI-2, elle répond de la même façon aux items portant sur sa mère et sur son père, faisant ainsi aucune différence entre ses deux parents.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Les troubles somatiques et dépressifs dont fait preuve Alexandra semblent avoir, en partie, pour objectif d'attirer l'attention de son entourage et notamment de son partenaire et lui permettent de se mettre en position de victime. Ceci s'apparente à une quête perpétuelle d'affection, d'attention, et confirme partiellement cette hypothèse. Partiellement, car rien ne laisse paraître une tendance d'Alexandra à l'érotisation des relations.

Au test de Rorschach, Alexandra perçoit sept relations de niveau œdipien-génital, dont six de type va-et-vient entre désir et interdit et une de type opposition-compétition et trois relations d'objet de niveau limite-narcissique, dont deux relations de dépendance anaclitique et une kinesthésie de posture. Cette hypothèse est alors partiellement confirmée.

Au MMPI-2, la quête perpétuelle d'amour et d'attention des personnes hystériques se retrouve dans les différents scores témoignant d'une tendance à l'exagération ayant pour but d'attirer l'attention. Plusieurs échelles indiquent également un sentiment d'incompréhension, de solitude (Pd4=81 ; Pa1=75 ; Sc1=84), ce qui peut, de nouveau, être mis en lien avec une quête d'affection, tout comme le fait qu'elle dise être terriblement blessée par les critiques et réprimandes, s'efforcer d'être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés et ne pas recevoir toute la compréhension ou la sympathie dont elle a besoin. En revanche, les réponses d'Alexandra ne témoignent d'aucune érotisation des relations. De nouveau, cette hypothèse est partiellement confirmée.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Le recueil des éléments anamnestiques permet de constater qu'Alexandra a régulièrement recours au théâtralisme. Tout d'abord, elle s'exprime de façon théâtrale, accompagne son discours de grands gestes, de changements d'intonation. De plus, lorsqu'elle relate son passage à l'acte suicidaire, c'est en le mettant en scène, en disant qu'elle voulait faire « *comme dans les films* », ce qui confirme le recours au théâtralisme et permet de confirmer partiellement cette dernière hypothèse.

Analyse des données cliniques d'Alexandra.

Le test de Rorschach indique qu'Alexandra utilise principalement le recours à l'imaginaire, l'identification projective, la projection des pulsions agressives, le refoulement ainsi que la mise en avant hystéroïde, dramatisée des affects. De nouveau, cette hypothèse est partiellement confirmée.

Enfin, les scores obtenus aux différentes échelles de validité du MMPI-2 (F=82 ; Fb=85 ; F-K=3 ; K=39) et les nombreux scores des différentes échelles largement supérieurs aux normes de l'échantillonnage mettent en avant un recours puissant à l'exagération, à la dramatisation. Ainsi, cette dernière hypothèse est en partie confirmée.

II – Analyse des données cliniques de Béatrice.

1. Anamnèse.

Béatrice est âgée de 52 ans lors de la recherche. Elle consulte dans un centre médico-psychologique pour un épisode dépressif léger. Elle explique être en arrêt maladie depuis trois mois et parle de « burn-out » : « *Je faisais que de pleurer. C'est plusieurs années d'accumulation et les derniers mois ont été particulièrement durs. Mon fils a fait une tentative de suicide il y a 8 mois, mon beau-père est décédé il y a 5 mois et mon père un mois après. Et j'avais une surcharge professionnelle.* ». Béatrice est aide médico-psychologique dans une unité protégée d'un service de gériatrie, après avoir été « nounou » durant une vingtaine d'années.

Bien que coopérante et loquace, Béatrice présente une dyspnée et aphonie au début de chaque entretien, qui se dissipent au fil de la séance. Lorsque que ceci lui est renvoyé, elle répond : « *Je perds ma voix quand j'apprends des trucs ou quand je dois parler de moi. J'ai été quatre jours sans parler, je reparle depuis hier.* ». Ceci témoigne d'une tendance à la théâtralisation, ainsi qu'à la conversion somatique.

Béatrice est mariée depuis 33 ans : « *ça se passe* ». Dans un premier temps, peu loquace à ce sujet, Béatrice expliquera par la suite ressentir une certaine incompréhension de la part de son époux et ajoute « *Je cherchais un mari comme Papa mais j'ai l'opposé finalement. C'est drôle... Papa était calme, pas violent, ne criait pas. Il s'imposait. Il jouait le rôle de père. J'ai tout l'inverse. Aujourd'hui, je sais que mon père n'est pas parfait mais je l'idéalisais comme toutes les petites filles avec leur père. Papa, c'est le seul homme de ma vie. Mon mari n'aime pas quand je dis ça.* ». Ces propos peuvent être le reflet d'un conflit œdipien non résolu.

Elle évoque également des violences verbales et matérielles de la part de son époux, au début de leur relation : « *Je me repliais sur moi-même, j'avais peur. Les enfants aussi. Je n'ai*

Analyse des données cliniques de Béatrice.

plus le même sentiment de soumission aujourd'hui. J'ose plus me confronter à lui. Notre couple est plus équilibré aujourd'hui. Comme mon père, je ne disais rien pour avoir la paix. ». Cette identification à son père vient renforcer l'hypothèse d'un conflit œdipien irrésolu.

Elle conclura en déclarant : « *L'amour m'étouffe. Je suis angoissée d'être aimée. Je ne sais pas si je sais aimer. Je ne sais ni aimer, ni détester.* ». Puis dira, lors d'une autre séance, se rapprocher de plus en plus de son mari, avoir l'impression de l'aimer davantage. Cette vision qu'elle partage de l'amour peut être mise en parallèle avec le besoin de garder le désir insatisfait des hystériques.

Ce couple a eu six enfants : quatre fils et deux filles, âgés de 18 à 33 ans, ce qui peut révéler une vie génitale dense : « *Je voulais une famille nombreuse, je voulais plus de six enfants. Je ne devais en avoir que trois pour des raisons médicales. J'ai pris des risques en en ayant six. Mon médecin n'était pas content. [...] J'ai refusé l'hystérectomie à 22 ans. J'avais des problèmes de circulation du sang. Par contre, j'ai eu l'hystérectomie à 34 ans, après ma dernière grossesse. Je voulais beaucoup d'enfants. Je suis bien quand j'ai des enfants autour de moi. J'ai besoin d'être entourée. Je me ressource quand mes enfants sont là.* ». Ce besoin d'être entourée peut témoigner de la quête perpétuelle d'amour et d'attention des personnalités hystériques.

Elle évoque également « *une fusion* » avec son dernier fils, l'avant-dernier enfant de la fratrie : « *Je me suis toujours plus occupée de lui. Je le savais influençable. Les autres sont débrouillards. Il y avait une fusion avec lui. Une fusion qui devenait trop lourde pour moi. On avait vu des professionnels pour qu'il apprenne à se détacher de moi.* ». C'est ce fils qui a fait une tentative de suicide dernièrement et pour qui, un diagnostic de schizophrénie viendrait d'être donné. Cette fusion qu'elle évoque peut témoigner d'une dynamique œdipienne.

Une ambivalence apparaît lorsqu'elle parle de ses enfants car elle se décrit comme une mère aimante, toujours présente pour ses enfants puis ajoute : « *Je n'ai pas toujours su donner de l'affection à mes enfants. En plus, j'ai du mal avec l'adolescent capricieux, fainéant. Je ne comprends pas les adolescents. Peut-être parce que je n'ai pas eu d'adolescence. Ça m'agace de voir mon fils rien faire, de le savoir fainéant.* ».

Concernant ses parents, ils sont tous les deux décédés, son père il y a quelques mois et sa mère lorsque Béatrice avait 16 ans : « *Je pense qu'elle s'est laissé mourir* ».

Ses propos quant à sa mère semblent parfois ambivalents. Elle explique : « *Je n'ai pas*

eu l'amour d'une mère. Je n'étais pas désirée par elle. C'est mon père qui voulait un autre enfant. J'étais souvent toute seule, enfant. Ma mère nous surprotégeait, nous mettait dans une bulle. Mais il n'y avait pas de complicité. C'était plus un amour matériel. Il n'y avait pas d'affection. J'étais très proche de Papa. Je suis la seule qu'il a vu naître. Il était militaire. Avant son décès, on ne se parlait plus à cause de sa nouvelle femme. ». L'ambivalence concernant sa mère et l'amour qu'elle semble porter à son père, ainsi que la conflictualité par rapport à la belle-mère, peuvent de nouveau révéler la présence de résurgences d'un conflit œdipien. De plus, comme Khan (1974) l'indique dans sa présentation de l'hystérie féminine, nous retrouvons chez Béatrice, des carences précoces du maternage, ainsi qu'une érotisation compensatoire de la figure paternelle.

Elle ajoute : « *Je ne sais rien de la vie de mes parents. Je voyais Maman pleurer tout le temps, sans savoir pourquoi... Papa a eu une opération des cordes vocales, il parlait bas.* ». Ceci n'est pas sans rappeler l'aphonie de Béatrice et renvoie alors de nouveau à l'identification de celle-ci à son père, pouvant appuyer encore une fois l'hypothèse de conflit œdipien non résolu.

Béatrice a deux sœurs aînées avec lesquelles elle dit entretenir de bonnes relations, notamment avec une qu'elle considère comme « *une confidente* ». Au fil des entretiens, il s'avèrera qu'elle est en conflit avec sa deuxième sœur mais restera très évasive à ce sujet.

Concernant sa vie sociale, Béatrice explique : « *Je ne fais que pour l'autre. Je suis bien quand les gens sont bien. Je n'imagine pas qu'on puisse me rendre ça. [...] Je ne sais pas dire non. Je tire tout le monde. J'ai besoin d'aider tout le monde. Je ne choisis pas, c'est eux qui viennent à moi. Je les attire, comme des aimants. [...] Je porte des choses qui ne m'appartiennent pas. J'ai vu une psycho-généalogiste et j'ai découvert des choses. Je ne pouvais pas être heureuse. Ma mère n'a jamais été heureuse. J'avais peur de ressentir le bonheur du coup. J'ai hérité de ceci. Les parents transmettent à leurs enfants leur mal-être. Maintenant, mon bonheur est celui des autres.* ».

Deux éléments ressortent de cette verbalisation. Premièrement, Béatrice se décrit comme une personne aidante, soutenant, portant le poids de toutes les misères des autres, voire parfois indispensable, son bonheur passant par celui d'autrui. Ces propos reviendront très fréquemment au cours des entretiens et peuvent témoigner du besoin de renvoyer une image positive d'elle-même, ce qui peut s'assimiler à une sorte de séduction et un besoin d'attirer l'attention sur elle, comme ce qui est observable dans les tableaux cliniques des

Analyse des données cliniques de Béatrice.

hystériques. Deuxièmement, elle tente de rendre responsable sa mère de son mal-être actuel, ce qui peut révéler un conflit avec cette dernière.

Concernant son rapport aux femmes et aux hommes : « *ça passe moins bien avec les femmes. Il faut qu'elle soit comme moi sinon. Casse-cou. Garçon manqué. Les femmes qui se maquillent, font du shopping toute la journée, les "pétasses" comme dirait mes enfants, je ne les côtoie pas. Je ne pourrais pas avoir de relation avec des femmes superficielles. Je ne suis pas attirée par elles. Je n'aime pas la vraie femme. Je dis toujours en rigolant que je suis mi-femme, mi-homme. Ma mère était comme ça et mes filles sont comme moi. Je n'aime pas non plus les vrais hommes. Les hommes machos. Mon mari est comme moi. Mi-femme, mi-homme. On aime les deux côtés. Je me sens aussi bien dans une belle robe de soirée que dans un bleu de travail à faire du ciment. Mais j'aimerais pas être un homme !* ». Ceci peut renvoyer aux difficultés d'identification sexuelle caractéristiques des structures de personnalité hystériques.

Au niveau de la santé, comme dit précédemment, il y a l'apparition d'aphonies : « *Je ne sais pas ce qui doit sortir. Ça me coupe le sifflet. [...] Avant, j'étais chanteuse dans un orchestre, puis j'ai été choriste. J'aimais parler, chanter, devant tout le monde. Je me reconnais pas.* ». Ceci révèle une tendance à la somatisation, mais également à la théâtralisation. Béatrice évoque également de l'asthme et des bronchites. Elle ajoute : « *J'ai des angoisses. Avant, j'étais dans le déni donc mon corps réagissait. J'avais de fortes migraines, des vomissements, ce qui m'empêchait d'aller où ça m'angoissait. Maintenant, ma famille est au courant. Je ne peux même pas en jouer !* ». Elle conclura en disant : « *Mon corps s'est manifesté tout au long de ma vie. Je n'ai jamais appris à extérioriser. Ce n'était pas dans mon éducation.* ». Cette dernière phrase confirme un recours à la somatisation.

Béatrice se montre contradictoire, ambivalente, dans ses propos. Elle l'admet lorsque ceci lui est pointé. Elle relate son histoire de façon parfois romancée. Son débit verbal est lent. Son discours est ponctué de rires et de sourires.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Béatrice, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 9, p 460.

a) D'un point de vue quantitatif.

Nous retrouvons très peu des critères donnés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974), dans le protocole de Béatrice, puisque le seul qui est présent est la rareté des réponses Dd et Dbl (Dd=0 ; Dbl=1).

En revanche, le TRI n'est pas extratensif ($TRI = 5 K / 1 \Sigma C$), il y a plus de deux réponses kinesthésiques ($K = 5 < 2$), il n'y a pas moins de réponses FC que de réponses CF et C (FC=0 ; CF=0 ; C=0). Le F+% n'est également pas compris entre 50 et 60 (F+% = 74). Le G% n'est pas bas (G% = 39). Le nombre total de réponses est supérieur à 30 (R=31). Les réponses estompées ne sont pas fréquentes (EF=1) et il n'y a aucun refus.

b) D'un point de vue qualitatif.

Béatrice est sensible au contenu latent de la majorité des planches du test de Rorschach : bonne sensibilité au contenu latent de six planches (planches III, IV, V, VI, IX et X), sensibilité partielle au contenu latent de trois planches (planches I, II et VIII) et absence de sensibilité au contenu latent de la planche VII. Ceci est un premier élément pouvant confirmer l'hypothèse de structure de personnalité hystérique.

Les réponses de Béatrice révèlent quasiment autant de représentations de soi unitaires que non unitaires (seize représentations de soi unitaires, quinze non unitaires). Il semblerait donc que l'unité corporelle soit atteinte. Ceci peut s'expliquer par le recours à la somatisation dont use Béatrice. De plus, les réponses de cette dernière témoignent d'une fragilité des assises narcissiques car de la dévalorisation apparaît à six reprises (Crit Obj et/ou Autocrit aux planches II, IV, VII, IX et X) durant la passation du test. En revanche, elle est capable de donner sept représentations de soi sexuées, cette capacité se retrouve dans les protocoles des structures hystériques.

Concernant les mécanismes de défense, Béatrice utilise principalement le recours à la réalité, le refoulement (cinq banalités correctement perçues), la régression [régression passive (VI) ; références à l'enfance (III), à un dessin animé (IV), à un animal imaginaire (IX), au monde aquatique (X) ; réponse Henf (IX)], la dévalorisation, le recours à

Analyse des données cliniques de Béatrice.

l'imaginaire (5 K et 2 kan), la projection dans le réel du danger pulsionnel et le recours à l'agir. Elle utilise également, de façon beaucoup plus ponctuelle, l'intellectualisation, la formation réactionnelle contre l'agressivité, la défense contra-phobique, la projection d'affects dépressifs, la projection de la destructivité et la projection de la pulsion agressive. Béatrice obtient un faible indice d'angoisse (IA%=6), ce qui pourrait laisser croire que ces différents mécanismes sont efficaces, toutefois de l'angoisse émerge de ses réponses et la dynamique intra-planches est majoritairement régrédiente (dynamique intra-planches régrédiente à six planches et progrédiente à trois planches).

L'angoisse de castration se retrouve dans six planches sur dix. Ceci est caractéristique des structures de personnalité hystériques. Cette angoisse apparaît à travers la détérioration de sa réponse à la planche II ; la symbolisation de la puissance phallique à plusieurs reprises ainsi que les références phalliques aux planches III et IV ; l'interrogation de la présence ou de l'absence de « *queue* » à la planche IV ; l'omission du détail phallique et la remarque sur le fait qu'il manque « *des bouts* » à la planche VI ; le fait de vouloir enlever « *les grosses oreilles* » et de nouveau la symbolisation de la puissance phallique à la planche IX ; enfin l'angoisse de castration apparaît à travers le « *monstre* » perçu et le recours à la projection dans le réel du danger pulsionnel à la planche X.

Le fait que la seule planche dont Béatrice n'est pas sensible au contenu latent soit la planche VII, soit la planche du féminin-maternel, pourrait venir témoigner de la présence d'un conflit œdipien non résolu. Il en est de même pour le va et vient entre le désir et l'interdit observable aux planches III et VII, lors de la méthode associative. De plus, à la méthode associative de la planche VIII, Béatrice dit « *J'aime pas la mer. Enfin j'aime pas... Si, mais sans plus.* », ce qui peut venir symboliser le rejet inconscient de la figure maternelle. Enfin, elle désigne la planche I comme faisant partie des planches qu'elle a le moins appréciées. Etant la première planche du test, elle peut être apparentée à la première figure d'attachement, c'est-à-dire à la figure maternelle, le rejet de cette planche peut donc être un autre indicateur témoignant de la négativité associée à la figure maternelle.

Une difficulté d'identification sexuelle est également perceptible car les sept représentations de soi sexuées données par Béatrice sont des représentations de soi masculines (« *deux copains* » (R3), « *un espèce de monstre là, de diable* » (R11), « *un petit dragon* » (R14), « *un géant* » (R15), « *deux éléphants* » (R20), « *deux dragons* » (R26) et « *un monstre du fin fond des mers* » (R31)), témoignant de l'attractivité phallique pour elle

qui se dit par ailleurs « *garçon manqué* ». De plus, Béatrice choisit la planche III pour se représenter, planche à laquelle elle ne parvient pas à attribuer une identité sexuelle aux « *personnes* » qu'elle perçoit en première réponse, puis planche à laquelle elle donne une représentation de soi masculine en voyant « *un espèce de monstre là, de diable* ». Ce choix exprime la difficulté d'identification sexuelle, difficulté caractéristique des structures de personnalité hystérique. Enfin, elle choisit une planche féminine (planche VII) pour représenter son père, ce qui peut de nouveau témoigner de cette difficulté.

Concernant les relations d'objet, Béatrice perçoit sept kinesthésies. Seulement trois renvoient à des relations d'objet de niveau œdipien-génital, de type interaction positive à la planche II et de type opposition-compétition à la planche IX. Les autres kinesthésies, perçues aux planches III, VII et IX, sont des kinesthésies de posture de niveau limite-narcissique.

Enfin, Béatrice présente de bonnes capacités de symbolisation, ce qui confirme de nouveau l'hypothèse d'une structure névrotique. Elle symbolise par exemple le masculin-phallique aux réponses R3, R12, R15 ou encore R20 et R28 ; le féminin-maternel à R2, R22, R24 et R31 ; et la pulsion agressive à R11, R14, R18 ou R26.

Pour conclure, la présence du conflit œdipien non-résolu, la difficulté d'identification sexuelle, la présence massive de l'angoisse de castration et les mécanismes de défense utilisés confirment que Béatrice présente une structure de personnalité hystérique.

L'atteinte de l'unité corporelle, observable à travers les différentes réponses renvoyant à une représentation de soi non unitaire, laisse suggérer qu'il s'agit davantage de la structure hystérique se caractérisant par la conversion somatique, que de la structure hystéro-phobique.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Béatrice constitue l'annexe 10, p 468.

a) D'un point de vue quantitatif.

Béatrice n'obtient pas un score supérieur aux normes de l'échantillonnage à l'échelle

Analyse des données cliniques de Béatrice.

clinique d'hystérie (3-Hy=49). Elle n'aurait pas de réactions dites hystériques face à des situations de stress.

Néanmoins, quelques scores peuvent témoigner d'une structure de personnalité hystérique. Il semblerait par exemple que Béatrice ait tendance à se montrer sous un jour défavorable en mettant en avant certaines de ses difficultés psychologiques (K=39), ce qui peut être associé à un besoin d'attirer l'attention d'autrui, d'autant qu'elle fait part d'un sentiment d'incompréhension de la part des autres (Pa1=75 ; Sc1=81).

La tendance à la somatisation évoquée précédemment, se retrouve dans les réponses de Béatrice, qui indiquent des préoccupations somatiques anormalement élevées (1-Hs=69 ; Hy4=73 ; HEA=72).

b) D'un point de vue qualitatif.

L'analyse qualitative des réponses de Béatrice ne permet pas de confirmer l'hypothèse de structure de personnalité hystérique.

Le conflit œdipien n'apparaît pas dans les réponses de Béatrice. Elle répond de la même façon aux items portant sur sa mère et sur son père. Il en est de même pour la difficulté d'identification sexuelle lorsqu'elle répond ne jamais avoir regretté être une fille (item 62) et ne jamais avoir souhaité être de l'autre sexe (item 371). Enfin, aucune de ses réponses ne laisse paraître de la régression, elle n'aurait jamais souhaité être un enfant de nouveau (item 348).

En revanche, ses réponses témoignent d'un mode de relation proche de celui des personnalités hystériques, lorsqu'elle dit par exemple être terriblement blessée par les critiques et réprimandes (item 127) et s'efforcer à être toujours agréable, même lorsque les autres sont énervés et critiques (item 492). Ceci peut être associé à la quête perpétuelle d'attention et d'affection d'autrui. De plus, elle répond par exemple se soucier de son apparence extérieure (item 220), ce qui pourrait confirmer un besoin de plaire, une quête d'affection.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Lorsque Béatrice se dit « *mi-femme, mi-homme* » durant le recueil d'éléments anamnestiques, une difficulté d'identification sexuelle peut apparaître.

Cette difficulté apparaît également au test de Rorschach à travers le fait que les sept représentations de soi sexuées données par Béatrice soient masculines. A ceci s'ajoute le fait qu'elle choisisse la planche III pour se représenter, planche à laquelle elle ne parvient à attribuer une identité sexuelle aux « *personnes* » qu'elle perçoit, puis planche à laquelle elle donne une représentation de soi masculine. Ce choix peut exprimer la difficulté d'identification sexuelle. Enfin, elle choisit une planche féminine (planche VII) pour représenter son père, cette inversion des symbolisations peut de nouveau témoigner de la même difficulté d'identification sexuelle.

En revanche, cette première hypothèse n'est pas validée par le MMPI-2 puisque les réponses apportées au test ne témoignent d'aucune difficulté d'identification sexuelle. Béatrice répond ne jamais avoir regretté être une fille (item 62) et ne jamais avoir souhaité être de l'autre sexe (item 371).

b) *Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.*

L'anamnèse et le MMPI-2 ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette deuxième hypothèse, contrairement au test de Rorschach, où l'angoisse de castration est perceptible à six planches sur dix. La détérioration de la réponse à la planche II ; la symbolisation de la puissance phallique à plusieurs reprises ainsi que les références phalliques aux planches III et IV ; l'interrogation de la présence ou de l'absence de « *queue* » à la planche IV ; l'omission du détail phallique et la remarque sur le fait qu'il manque « *des bouts* » à la planche VI ; le fait de vouloir enlever « *les grosses oreilles* » et de nouveau la symbolisation de la puissance phallique à la planche IX ; enfin le « *monstre* » perçu et le recours à la projection dans le réel du danger pulsionnel à la planche X, attestent que l'angoisse de castration est au cœur des réponses de Béatrice, ce qui confirme cette hypothèse.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Plusieurs éléments anamnestiques témoignent d'un conflit œdipien non résolu. Tel est le cas lorsque Béatrice explique qu'elle recherchait un mari comme son père, que ce père est le seul homme de sa vie ou lorsqu'elle s'identifie à lui à plusieurs reprises. L'identification la plus « parlante » étant l'aphonie de Béatrice mise en parallèle avec l'opération des cordes vocales de son père. De plus, elle se montre ambivalente lorsqu'elle parle de sa mère. Ses propos témoignent de carences précoces du maternage et d'une érotisation compensatoire de la figure paternelle, ce qui confirme de nouveau un conflit œdipien irrésolu. Enfin, elle parle de « fusion » avec son dernier fils, ce qui peut également témoigner d'une dynamique œdipienne. Cette hypothèse est donc validée par l'anamnèse.

Le test de Rorschach permet également de confirmer cette hypothèse. Le conflit œdipien est notamment perceptible dans le fait que la seule planche dont Béatrice n'est pas sensible au contenu latent est la planche VII, planche du féminin-maternel. Il est également perceptible à travers les va et vient entre le désir et l'interdit, à la méthode associative des planches III et VII, ainsi qu'à travers la désignation la planche I (planche considérée comme maternelle, étant la première planche du test) comme étant une des deux planches qu'elle a le moins appréciées.

En revanche, les réponses au MMPI-2 ne permettent pas de confirmer cette hypothèse, Béatrice répondant de la même manière aux items portant sur sa mère et sur son père

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

L'anamnèse de Béatrice révèle un mode relationnel similaire à celui des personnalités hystériques. Le fait, par exemple, qu'elle ait eu six enfants avec son mari témoigne d'une vie génitale dense. De plus, elle explique son souhait d'avoir une famille nombreuse pour combler son besoin d'être entourée. Ceci peut être le reflet d'une quête perpétuelle d'amour et d'attention. Elle ajoute préférer les hommes aux femmes, ce qui peut témoigner d'un comportement séducteur. Enfin, Béatrice cherche à se montrer sous un jour favorable en mettant en avant et en insistant sur son besoin d'aider l'autre. Ceci s'assimile à la fois à un comportement séducteur, à l'envie de plaire, et à la fois derrière ce besoin d'aider autrui, peut se cacher l'espoir d'avoir amour et attention en retour, pour répondre à son éternelle quête d'amour.

Le test de Rorschach ne permet de valider que partiellement cette hypothèse. Béatrice perçoit sept kinesthésies mais seulement trois renvoient à des relations d'objet de niveau œdipien-génital, de type interaction positive et opposition-compétition. Les autres kinesthésies sont des kinesthésies de posture de niveau limite-narcissique.

Enfin, plusieurs résultats obtenus au MMPI-2 témoignent du besoin de Béatrice d'attirer l'attention et d'un sentiment d'incompréhension de la part des autres (K=39 ; Pa1=75 ; Sc=81). Ses réponses, analysées qualitativement, confirment ceci. Béatrice dit être blessée par les critiques et réprimandes, dit s'efforcer à être toujours agréable, même lorsque les autres ne le sont pas, ou encore se soucier de son apparence extérieure. Ceci peut donc être associé à la quête perpétuelle d'attention et affection, au besoin de plaire. Cette avant-dernière hypothèse est donc validée par le MMPI-2.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Lors du recueil des informations anamnestiques, Béatrice est à plusieurs reprises théâtrale, est par moment dans la dramatisation. Le fait qu'elle présente une dyspnée et aphonie se dissipant au fil des séances en est la preuve. Sa tendance à être contradictoire, la façon dont elle conte sa vie, confirment ceci. Cette dernière hypothèse est donc validée.

Au test de Rorschach, Béatrice utilise plusieurs mécanismes de défense. Les principaux sont le recours à la réalité, le refoulement, la régression, la dévalorisation, le recours à l'imaginaire, la projection dans le réel du danger pulsionnel et le recours à l'agir. Ceci permet donc de confirmer cette dernière hypothèse.

Enfin, avec le MMPI-2, cette hypothèse n'est que partiellement validée. Les réponses de Béatrice ne laissent paraître aucune régression. En revanche, une tendance à l'exagération est observable, à travers notamment l'échelle de validité K (K=39).

III – Analyse des données cliniques de Brigitte.

1. Anamnèse.

Brigitte est une femme de 56 ans, au moment de la recherche. Lors des entretiens, elle se montre très volubile, parle aisément de sa vie, ne semble pas inhibée. Elle relate de longues anecdotes, en imitant les différents protagonistes. Elle change de positions plusieurs fois, enroule son dos d'une écharpe qu'elle tire de temps en temps pour montrer qu'elle souffre, est dans la démonstration, semble être dans la théâtralisation.

Un diagnostic de fibromyalgie a été donné à Brigitte, il y a cinq ans. Elle estime que les douleurs ont débuté il y a une dizaine d'années et explique que diverses douleurs ont précédé la pose du diagnostic : *« j'ai eu une sciatique, une hernie, une TTA (Tubérosité Tibiale Antérieure), j'ai eu vraiment plein de trucs. J'ai fait un début d'AVC, j'ai des crises de douleurs, j'ai eu plusieurs hospitalisations en urgence. J'ai déjà eu 34 opérations. [...] Aujourd'hui, j'ai des douleurs partout ! De la tête aux pieds ! Rien n'apparaît aux radios. Encore ce matin, j'étais à l'hôpital pour mon apnée du sommeil à cause de la fibromyalgie. Je ne dors pas. J'ai essayé plein de trucs, méthodes, pour la douleur mais rien ne me soulage. Sauf la morphine ! Mais je ne peux plus en prendre car j'en prenais trop à un moment. »*. Il y a environ quatre ans, Brigitte aurait fait une surdose accidentelle de morphine, depuis elle dit prendre le moins de médicaments possible. Elle a fait plusieurs cures, l'une d'elles lui aurait permis de perdre une vingtaine de kilos. Ces diverses plaintes, le fait que rien ne soit observable sur les radiographies, peuvent témoigner d'une somatisation hystérique.

Actuellement, Brigitte redoute d'avoir la même maladie que son père (cancer des intestins) car ses symptômes actuels seraient similaires à ceux ressentis par son père au début de son cancer. Après examens, des médecins lui ont dit qu'il n'y avait rien de cancéreux. Cette identification à son père peut renvoyer à une dynamique œdipienne.

Brigitte s'identifie également à un ami. Elle narre qu'elle vient de perdre un ami qui se plaignait régulièrement de douleurs abdominales, pour lesquelles son médecin lui prescrivait depuis cinq ans des anxiolytiques. Suite à des douleurs trop importantes, cet ami se serait

présenté aux urgences et après un scanner, les médecins auraient observé trois cancers différents non diagnostiqués. L'ami est décédé trois semaines après. Brigitte fait alors le lien avec ses propres douleurs et craint d'avoir des pathologies similaires.

Ces deux identifications, en plus de confirmer une tendance à la somatisation et de questionner sur la dynamique œdipienne (une des deux identifications étant à la figure paternelle), peuvent interroger sur les difficultés d'identification sexuelle, Brigitte s'identifiant à des hommes, à leurs pathologies.

Sur les conseils des médecins, elle consulte depuis peu une psychologue : *« il paraît que c'est dû à un choc émotionnel, par rapport à maman. J'étais son souffre-douleur alors qu'on était six enfants. Les médecins m'ont dit de voir un psy pour en parler et me disent que je dois tout écrire aussi. On me dit que c'est soi-disant tous les chocs qui ressortent et qu'il faut que j'écrive tout pour aller mieux, mais je ne crois pas. Je ne suis pas convaincue qu'écrire arrangerait tout mais tout le monde me dit que mes douleurs viennent de là... »*. Elle ajoute également : *« J'ai une amie qui me dit que je suis mal parce que je vis dans la maison que mon compagnon avait avec son ex. Mais je ne crois pas car on a tout refait à notre goût. »*. Les propos des médecins et de son amie témoignent d'une tendance à la somatisation, ce qui permettrait de confirmer l'hypothèse de trait de personnalité hystérique.

Brigitte relate par la suite une enfance marquée par les violences de sa mère. Cette dernière proférait par exemple des menaces, armée d'une carabine, d'une hache ou encore d'une tronçonneuse. Aujourd'hui, elle dit voir sa mère pour *« avoir la vérité. J'essaye de la faire avouer. »*. Comme vu précédemment, ceci pourrait être mis en parallèle avec les carences précoces du maternage évoquées par Khan (1974) dans sa théorie de l'hystérie féminine.

Lorsque Brigitte parle de son père, les souvenirs ne sont pas associés à du malheur, mais bien au contraire. Son père est décédé il y a 17 ans : *« J'ai l'impression que c'était hier. On était tout le temps ensemble avec Papa. On s'entendait très bien. Je l'aimais beaucoup. »*. Ceci suggère de nouveau une dynamique œdipienne.

Notons qu'il semblerait également, qu'un de ses oncles ait été incestueux durant son enfance. Brigitte préfère ne pas aborder ce sujet longuement.

Brigitte est la quatrième enfant d'une fratrie de six. Elle a quatre sœurs et un frère. C'est son frère qu'elle voit le plus souvent. Elle explique ne plus parler à une de ses sœurs :

Analyse des données cliniques de Brigitte.

« *Déjà, elle m'a pris mon mari ! Et elle reproduit ce que notre mère nous faisait sur ses enfants. Je ne peux pas accepter ça !* ». Elle se considère comme étant la « *plus dure de caractère par rapport à la façon d'élever de ma mère* ».

Elle évoque un contexte de liaison adultérine entre sa mère et un homme et pense que plusieurs enfants de sa fratrie seraient issus de cette liaison adultérine. Elle explique qu'elle ne pense pas être la fille de cet homme mais plutôt que son petit frère et sa petite sœur le sont. Sa mère se terre dans le silence et refuse de donner des explications. Pour Brigitte, cela ne servirait à rien de savoir aujourd'hui qui est son père biologique car elle estime que l'homme qui l'a élevée est son père.

Elle explique par la suite s'être mariée avec un homme violent : « *il a pris la relève (fait référence aux violences exercées par sa mère). On a été mariés pendant 25 ans mais c'est pas 25 ans de malheur. Dix ans c'est déjà suffisant ! J'ai attendu que la dernière soit grande pour partir. C'est à l'hôpital qui m'ont ouvert les yeux. J'y étais allée après qu'il m'ait battue. J'ai plein de souvenirs de lui, des cicatrices un peu partout qu'il m'a laissées. Regardez mon poignet et là encore. Oui, j'en ai plein partout.* ».

Brigitte a divorcé il y a une vingtaine d'années et s'est remise en couple, depuis neuf ans, avec un compagnon de quatre ans son aîné. Tout semble bien se passer dans son nouveau couple : « *Il m'aide beaucoup, il me fait les pieds, accroche mon soutien-gorge. Dès que j'ai besoin, il est là. Il ferait tout pour moi. Avant, je n'avais pas de problèmes de santé mais des problèmes en amour. Maintenant, c'est l'inverse.* ». Ces problèmes qui se sont « *inversés* » peuvent révéler cette tendance à la somatisation.

Elle ajoute : « *J'ai eu des amourettes entre eux deux, mais je ne voulais pas me poser. Je voulais me venger des hommes. J'étais méchante. Il y en a un que j'ai vraiment mis mal, le pauvre. Il voulait se suicider. Je lui avais fait des promesses que je n'ai pas tenues. Les mêmes que l'on m'avait faites. De toute façon, je dis toujours, il y a qu'un homme que j'ai aimé et que j'aimerais, c'est Papa. Je le dis parfois à mon compagnon. Il est pas content. Mais c'est vrai !* ». Cette dernière phrase peut témoigner de la non-résolution du conflit œdipien et d'une fixation œdipienne.

Au niveau familial, Brigitte a quatre enfants : trois fils âgés de 32, 34 et 35 ans et une fille de 30 ans. Après le divorce, les enfants ont vécu chez leur père car ce dernier les aurait menacés s'ils choisissaient de vivre avec leur mère. Aujourd'hui, Brigitte dit entretenir de bonnes relations avec ses enfants. Elle les voit régulièrement et garde ses petits-enfants quand

il est nécessaire. Elle ajoute : « *Par contre, je fais plein de cauchemars. J'enterre tout le temps mes enfants, surtout ma fille. Là, j'ai rêvé d'un accident de camion et je l'enterrais. Je suis morte plusieurs fois aussi. J'assiste à mes enterrements. Mais je ne dors pas du coup.* ». Ce rêve récurrent d'enterrer ses enfants, principalement sa fille, pourrait-il venir témoigner d'un fantasme, d'une rivalité œdipienne ? Le rêve de sa propre mort ne pourrait-il pas, par ailleurs, être l'expression d'une culpabilité non élaborée ?

Pour conclure, concernant la sphère professionnelle, Brigitte a perdu son emploi. Elle était cuisinière ; « *Je ne peux plus rien faire. Je me vois pas retravailler. Ça fait cinq ans que je travaille plus. Mais c'est dur à accepter. Ça va quand même mieux depuis que mon compagnon est à la retraite. Mais je me sens inutile. J'ai pas le moral.* ». Elle se décrit malgré ceci comme une personne hyperactive, « *Je bouge tout le temps. Je ne peux pas rester assise longtemps.* ». Elle ajoute être « *agressive avec des personnes qui ne le méritent pas mais c'est pas volontaire. C'est à cause des douleurs. J'ai pas de patience.* ».

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Brigitte, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 11, p 472.

a) D'un point de vue quantitatif.

Peu de critères évoqués par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) se retrouvent dans le protocole de Brigitte. Seulement le nombre total de réponses est proche de la moyenne (R=27) et les réponses Dd et Dbl sont rares (Dd=0 ; Dbl=2).

En revanche, le TRI n'est pas extratensif ($TRI = 3 K / 1 \Sigma C$), il n'y a pas moins de deux réponses kinesthésiques (K=3), il n'y a pas moins de réponses FC que de réponses CF et C (FC=1 ; CF=0 ; C=0). Le F+% n'est pas compris entre 50 et 60 (F+% = 46), le G% n'est pas particulièrement bas (G% = 19). Les réponses estompage EF ou E ne sont pas fréquentes mais inexistantes. Enfin, il n'y a aucun refus.

Analyse des données cliniques de Brigitte.

b) D'un point de vue qualitatif.

Brigitte est sensible aux contenus latents de la majorité des planches du test de Rorschach : sensibilité au contenu latent de huit planches (planches I, II, III, IV, V, VI, VII et IX) et sensibilité partielle au contenu latent des deux autres planches (planches VIII et X). Ceci est un premier élément permettant de parler d'une structure de personnalité névrotique.

Brigitte donne quinze représentations de soi entières et unitaires et douze représentations non unitaires. L'unité corporelle semble donc atteinte, ce qui peut être mis en parallèle avec le diagnostic de fibromyalgie. Notons que onze représentations de soi sexuées apparaissent dans le protocole. Cette capacité à donner tant de représentations de soi sexuées est caractéristique des protocoles reflétant une structure de personnalité hystérique. Ses assises narcissiques ne semblent pas trop fragilisées car Brigitte n'a recours à la dévalorisation qu'à deux reprises (Crit Obj à la planche VII et Autocrit à la planche X) et le blanc est peu intégré aux réponses qu'elle donne.

En ce qui concerne les mécanismes de défense, les réponses apportées révèlent que Brigitte utilise principalement le refoulement (six banalités correctement perçues), le recours à la réalité et le recours à l'imaginaire (3 K, 3 kan, 2 kob et 2 kp). Elle utilise de manière plus ponctuelle l'inhibition, la projection de la pulsion agressive, la régression (régression passive à la planche VI et réponses Henf à la planche IX), la lutte contre les affects dépressifs, le recours à l'agir, la dévalorisation, la projection dans le réel du danger pulsionnel et enfin l'annulation. Elle tente également d'utiliser l'intellectualisation. Ces mécanismes de défense ne semblent pas toujours efficaces car de l'angoisse émerge des réponses données par Brigitte, l'indice d'angoisse est élevé (IA% = 21) et la dynamique intra-planche souvent régrédiente.

Effectivement, l'angoisse de castration domine ce protocole puisqu'elle se retrouve à six planches sur dix, ce qui est caractéristique des structures de personnalités hystériques. Les nombreuses références phalliques tout au long des réponses ; la référence au manque à la planche II ; la réponse Defect, l'insistance de la présence d'une grande queue, à la planche III ; la symbolisation de la puissance phallique, la représentation puissante et dangereuse donnée à la planche IV et le rejet de cette même planche ; l'attractivité du phallique à la planche V ; l'inhibition, l'augmentation du temps de latence et l'Eq choc face à la planche VI à la symbolique sexuelle ; l'accent mis sur le phallique-agressif avec le « *combat de*

taureaux » perçu à la planche X, certifient la présence de l'angoisse de castration dans les réponses de Brigitte. L'angoisse générée par la planche IV, tellement intense, transparait également lors de la méthode associative.

Le conflit œdipien est prégnant lors de l'enquête des limites. Brigitte choisit la planche IV pour représenter sa mère, planche qu'elle avait préalablement choisie comme faisant partie des deux planches qu'elle avait le moins appréciées, ce qui peut refléter un rejet de la figure maternelle, tout comme lorsqu'elle désigne la planche I comme faisant partie des planches qu'elle a le moins appréciées. Le conflit œdipien continue d'être perceptible lorsque Brigitte choisit les mêmes planches (planches III, VIII ou IX) pour représenter son père et elle-même, planches qu'elle avait choisies comme étant ses favorites. Elle s'associe à lui dans les explications qu'elle donne, ne forme plus qu'un avec son père dans ses réponses. Ceci permet de nouveau de confirmer l'hypothèse d'une structure de personnalité hystérique.

Une autre caractéristique est la difficulté d'identification sexuelle apparaissant à travers les onze représentations de soi sexuées données par Brigitte : « *une pointe qui se dirige vers le haut* » (R4) ; « *une espèce de fusée* » (R6) ; « *deux hommes* » (R9bis) ; « *un aigle* » (R10) ; « *un loup avec sa grande queue* » (R12) ; « *un monstre [...] un homme méchant* » (R14) ; « *les danseuses* » (R16) ; « *un corps de femme* » (R18) ; « *une panthère* » (R19) ; « *des taureaux* » (R24) ; et « *un corps de femme* » (R26). Ces réponses renvoient principalement à une représentation de soi masculine, une minorité seulement est le reflet d'une représentation de soi féminine. Ceci témoigne d'une difficulté d'identification sexuelle, ce qui est renforcé par le fait que Brigitte ne parvienne à identifier le sexe du « *personnage* » à la planche II et des « *deux personnes* » dans un premier temps à la planche III, puis elle dira au fil de la réponse qu'il s'agit de « *deux hommes* », alors que les femmes perçoivent plus habituellement des femmes car elles s'identifient aux personnages perçus. S'ajoute à ceci, le fait que Brigitte choisisse la planche paternelle pour représenter sa mère. Il y a donc une inversion des symbolisations sexuelles. Enfin, lors de la méthode associative, Brigitte parle de « *corps humaine, pfff, humain !* », comme si elle luttait contre une difficulté d'identification sexuelle, contre l'attractivité pour le phallique et qu'elle devait soudainement se rassurer en mettant les termes au féminin.

Concernant le mode de relation objectale, huit des dix kinesthésies perçues par Brigitte renvoient à des relations d'objet de niveau limite-narcissique, de type kinesthésie de posture

Analyse des données cliniques de Brigitte.

ou relation anaclitique, aux planches II, V, IX et X, tout comme la tendance kinesthésique perçue à la planche IX. Seulement les kinesthésies vues aux planches III et X font référence à des relations d'objet de niveau œdipien-génital, de type interaction positive (R9/9bis) et de type opposition-compétition (R24). Ceci peut témoigner de l'intensité des mouvements de repli narcissique actuels chez elle.

Ajoutons que Brigitte présente de bonnes capacités de symbolisation. Elle symbolise tour à tour le masculin-phallique (R4, R5, R15...), le féminin-maternel (R16, R26...) et l'agressivité (R14, R24...). Notons la forte attractivité du phallique, avec les vingt-cinq références phalliques présentes dans le protocole.

En conclusion, cette attractivité du phallique, l'angoisse de castration présente tout au long des réponses, la présence d'une difficulté d'identification sexuelle et d'un conflit œdipien non résolu, ainsi que le recours au refoulement, permettent de confirmer l'hypothèse selon laquelle Brigitte présente une structure de personnalité hystérique.

A la vue de l'anamnèse, notamment de la fibromyalgie dont elle dit souffrir, et l'atteinte de l'unité corporelle, il s'agirait davantage d'une forme d'hystérie de conversion, bien que des éléments phobiques soient également perceptibles au test de Rorschach, comme à la méthode associative de la planche I où une orientation phobique est donnée à la réponse ou à travers la projection dans le réel du danger pulsionnel à la planche IV.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Brigitte constitue l'annexe 12, p 481.

a) D'un point de vue quantitatif.

Bien que Brigitte obtienne de nombreux scores élevés, le score de l'échelle clinique d'hystérie 3-Hy est dans les normes de l'échantillonnage (3-Hy=65), ce qui ne témoigne pas d'une structure hystérique dans un premier temps.

En revanche, les scores obtenus aux échelles de validité F et Fb (F=113 et Fb=112) sont extrêmement élevés et sont les témoins de simulations de Brigitte. Ceci est confirmé par

le score nul obtenu à l'échelle K, qui témoigne d'une falsification des résultats, d'une exagération de la pathologie. Cette tendance à l'exagération explique l'élévation à six échelles cliniques sur dix, à quinze sous-échelles de Harris-Lingoes sur trente et une, à douze échelles de contenu sur quinze et à cinq échelles supplémentaires sur seize. Le protocole MMPI-2 de Brigitte est donc invalide mais cette dramatisation fait partie des caractéristiques de la structure de personnalité hystérique.

b) D'un point de vue qualitatif.

Certaines réponses de Brigitte analysées qualitativement témoignent d'une structure de personnalité hystérique.

Brigitte dit aimer ses deux parents (items 90 et 276). Toutefois, elle estime que son père est un brave homme (item 6) contrairement à sa mère, qu'elle ne considère pas comme une brave femme (item 192). De plus, la personne dont elle était le plus attachée et qu'elle admirait le plus étant enfant, n'était pas une femme (item 473), la figure maternelle est donc de nouveau mise de côté. Ces derniers éléments peuvent révéler un conflit œdipien latent.

Brigitte dit avoir déjà regretté être une fille (item 62), mais ne pas avoir souvent désiré être de l'autre sexe (item 371). Cette première réponse peut révéler une difficulté d'identification sexuelle.

De plus, elle dit être blessée par les critiques et les réprimandes (item 127), se soucier de son apparence extérieure (item 220) ou encore être préoccupée de l'effet qu'elle produit (item 335). Ceci peut être mis en parallèle avec la quête d'affection et l'érotisation des relations des personnes hystériques. En revanche, elle dit ne pas aimer flirter (item 189) et ne pas s'efforcer à être toujours agréable même quand les autres sont énervés et critiques (item 492).

Enfin, Brigitte aimerait être un enfant de nouveau (item 348), ce qui témoigne de régression.

De plus, elle omet de répondre à deux items : l'item 242 : « Une fois par semaine au moins, je me sens très exalté(e). » ; et l'item 362 : « Je me rappelle avoir feint la maladie pour échapper à quelque chose ». Cette seconde omission peut permettre de confirmer la tendance à la somatisation et à l'exagération.

Analyse des données cliniques de Brigitte.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Les éléments anamnestiques ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette première hypothèse, hormis lorsqu'elle s'identifie à deux reprises à des hommes, son père puis un ami, en ressentant leurs pathologies.

Le test de Rorschach, quant à lui, permet de valider cette hypothèse, car une difficulté d'identification sexuelle apparaît dans les onze représentations de soi sexuées majoritairement masculines, données par Brigitte. De plus, à la présentation de la planche II, Brigitte ne parvient pas à identifier l'identité sexuelle du « *personnage* » qu'elle perçoit. Il en est de même à la planche III, où elle voit « *deux personnes* » dans un premier temps, puis finira pas identifier « *deux hommes* ». Or, les femmes, se projetant, voient habituellement des femmes. De plus, Brigitte choisit la planche paternelle pour représenter sa mère. Cette inversion des symbolisations sexuelles confirme de nouveau une difficulté d'identification sexuelle.

Cette hypothèse est également partiellement confirmée au MMPI-2 car bien que Brigitte dise ne pas avoir souvent désiré être de l'autre sexe (item 371), elle répond avoir déjà regretté être une fille (item 62).

b) *Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.*

L'anamnèse et le MMPI-2 ne permettent pas de confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Le test de Rorschach valide, quant à lui, cette hypothèse car l'angoisse de castration est perceptible à six planches sur dix. L'attractivité du phallique durant la passation ; la notion de manque à la planche II ; la réponse Defect et l'insistance de la présence d'une grande queue à la planche III ; la symbolisation de la puissance phallique ainsi que la représentation puissante et dangereuse donnée à la planche IV et le rejet de cette même planche ; les références phalliques à la planche V ; l'inhibition, l'augmentation du temps de latence et l'équivalent choc face à la planche VI à la symbolique sexuelle ; l'accent mis sur le phallique-agressif à la planche X, sont des témoins de la présence de l'angoisse de castration.

c) *Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.*

Le recueil d'informations anamnestiques confirme cette hypothèse. En effet, Brigitte

s'identifie à son père en ressentant des symptômes similaires à ce dernier. Cette identification peut renvoyer à une dynamique œdipienne, tout comme le fait qu'elle décrive une certaine proximité lorsqu'elle parle de son père, des souvenirs heureux émergent, alors que l'inverse est observable lorsqu'elle parle de sa mère. Elle ajoute que son père est le seul homme qu'elle ait aimé et qu'elle aimera. Lorsqu'elle parle de sa fratrie en expliquant s'entendre le mieux avec son frère et lorsqu'elle parle de ses enfants et de ses rêves dans lesquels elle les enterre, notamment sa fille, peut témoigner d'une rivalité œdipienne et de la culpabilité qu'elle génère puisqu'elle rêve également de son propre enterrement.

Au test de Rorschach, le conflit œdipien apparaît lors de l'enquête des limites. Brigitte choisit la planche IV pour représenter sa mère, planche préalablement désignée parmi les deux planches les moins appréciées, rejette la planche I pouvant s'apparenter à une planche maternelle et choisit les mêmes planches pour se représenter et représenter son père, planches choisies comme étant ses préférées. Ce rejet de la figure maternelle et cette fusion avec la figure paternelle sont représentatifs d'un conflit œdipien non résolu et confirment cette hypothèse.

Enfin, au MMPI-2, Brigitte dit aimer ses deux parents mais elle considère que son père est brave, contrairement à sa mère. Elle ajoute que la personne dont elle était le plus attachée et qu'elle admirait le plus étant enfant, n'était pas une femme, ce qui peut témoigner de nouveau d'un rejet de la figure maternelle. Ces indices permettent donc de valider cette troisième hypothèse.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Aucun élément apporté par l'anamnèse ne permet de mettre à l'épreuve cette hypothèse.

Le test de Rorschach, quant à lui, infirme cette hypothèse car Brigitte perçoit onze kinesthésies, mais neuf renvoient à des relations d'objet de niveau limite-narcissique, ce qui témoigne de l'intensité des mouvements de repli narcissique actuels. Seulement les kinesthésies vues aux planches III et X font référence à des relations d'objet de niveau œdipien-génital, de type interaction positive (R9/9bis) et de type opposition-compétition (R24).

Certaines réponses apportées aux items du MMPI-2 peuvent témoigner d'une quête d'affection et érotisation des relations. Tel est le cas lorsque Brigitte déclare être blessée par les critiques et les réprimandes (item 127), se soucier de son apparence extérieure (item 220)

Analyse des données cliniques de Brigitte.

ou encore être préoccupée de l'effet qu'elle produit (item 335). Cette hypothèse est donc partiellement validée.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

L'attitude de Brigitte lors des entretiens confirme partiellement cette dernière hypothèse car elle est très volubile, dans la démonstration et la théâtralisation.

Au test de Rorschach, les principaux mécanismes de défense utilisés par Brigitte sont le refoulement, le recours à la réalité et le recours à l'imaginaire. Elle utilise plus ponctuellement l'inhibition, la projection de la pulsion agressive, la régression, la lutte contre les affects dépressifs, le recours à l'agir, la dévalorisation, la projection dans le réel du danger pulsionnel et enfin l'annulation. Ceci permet donc de valider en partie cette dernière hypothèse.

Enfin, les nombreux scores élevés au MMPI-2 sont la preuve d'une tendance à l'exagération, à la dramatisation. De plus, Brigitte dit qu'elle aimerait être un enfant de nouveau (item 348), ce qui témoigne, ici, de régression. Cette dernière hypothèse est donc validée par le MMPI-2.

IV – Analyse des données cliniques de Caroline.

1. Anamnèse.

Caroline est une jeune femme souriante, âgée de 33 ans au moment de la recherche. Lors de l'entretien, elle parle avec grande aisance de son histoire personnelle, notamment de sa vie amoureuse qu'elle considère « *bordélique* », et fait part de certaines somatisations. Ces éléments ont permis de poser une hypothèse de trait de personnalité hystérique.

Concernant sa vie amoureuse, Caroline explique que « *C'est compliqué ma vie amoureuse. C'est le bordel ! J'ai eu deux grandes histoires, plus celle qui est en cours. La première avec un homme marié pendant cinq ans et la deuxième avec un portugais pendant neuf ans et là, avec un français mais il n'est pas mieux que les autres ! (Rires) Le premier avait 23 ans de plus que moi, ça craint ! C'était un prof de l'école de musique. Ça s'est fini space ! J'ai eu du mal mais j'ai rencontré le deuxième dans la foulée, un mois après. Avec le deuxième, ça venait, ça cassait, ça repartait. Et là, quatre mois après, je me suis mise avec mon copain actuel, dont je suis tombée enceinte et j'ai avorté, ce qui a foutu le bordel ! Là, je ne sais pas ce qu'il veut. Il est bizarre, contradictoire dans ses gestes et comportements. Je ne sais plus.* ». La grande différence d'âge et le statut renvoyant à l'autorité du premier compagnon de Caroline témoignent d'une possible non-résolution du conflit œdipien. Ceci est confirmé lorsqu'elle dit « *Je préfère des mecs plus vieux. Plus jeunes ou mon âge, non ! Je ne veux pas être leur mère !* ».

Elle poursuit la description de sa vie amoureuse en disant : « *Je suis amoureuse facilement, c'est ça le problème. Je m'attache trop facilement. Je cède. J'ai l'impression que je ne trouverais jamais quelqu'un de bien. J'accepte beaucoup de choses pour les mecs, je suis peut-être trop gentille. Je fais tout mais ça ne va quand même pas.* ».

En effet, des répétitions se retrouvent dans sa vie amoureuse, comme le fait qu'elle accepte que les hommes viennent et partent plusieurs fois du couple, ce qui l'empêche de trouver sérénité et stabilité, à son grand désarroi. De plus, cela crée des triangles amoureux car le premier compagnon était marié ; le deuxième quittait le couple pour parfois

Analyse des données cliniques de Caroline.

fréquenter une autre jeune femme ; enfin, elle explique que son compagnon actuel ne parvenait, dans un premier temps, à rompre le lien avec son ex et investir pleinement la relation avec elle. Ces relations triangulaires peuvent de nouveau témoigner de la non-résolution du conflit œdipien.

Quelques mois après le premier entretien, il semblerait que Caroline ait trouvé un équilibre avec son compagnon et ne relate plus de difficulté au sein du couple, mais au contraire, des moments de partage : ils ont emménagé ensemble, ont rencontré les familles respectives de chacun...

Caroline n'a pas d'enfants. Elle a longtemps pensé être stérile, jusqu'à sa grossesse et son avortement (elle a fait le choix d'avorter car c'était au début de la relation), car lors de sa précédente relation, elle n'avait pas de moyens de contraception, jamais de règles et n'est jamais tombé enceinte. L'aménorrhée peut peut-être être mise en lien avec la maigreur de Caroline. Elle dit ne pas être anorexique, avoir une bonne alimentation mais ne jamais prendre de poids.

Concernant les antécédents psychiatriques, Caroline explique avoir fait une tentative de suicide par Intoxication Médicamenteuse Volontaire suite à la première rupture et a été hospitalisée durant une courte période en hôpital psychiatrique. Elle a bénéficié récemment d'un suivi psychologique, notamment pour être accompagnée dans les difficultés qu'elle rencontre dans sa vie amoureuse.

En s'intéressant maintenant aux antécédents somatiques, Caroline fait un parallèle entre sa vie amoureuse et sa santé : *« Ça joue sur ma santé. Je suis fatiguée, je suis agacée, j'ai des douleurs dans le ventre, ça me déclenche des règles que je ne dois pas avoir. J'ai des maux de tête, je dors mal. Quand c'est comme ça, mon corps réagit d'une façon et je ne peux rien faire. Je suis complètement impuissante. Je me vide, j'ai des diarrhées. Après je m'inquiète et c'est un cercle vicieux. Là par exemple, je flippe d'avoir un autre kyste. [...] Oui après mon avortement, j'ai eu un kyste à l'ovaire. Je me suis fait opérer. J'ai de nouveau des douleurs et j'ai peur d'avoir la même chose de l'autre côté. »*. Ceci révèle une tendance à la somatisation, caractéristique des structures de personnalité hystériques.

Au niveau familial, Caroline semble entretenir une relation conflictuelle avec sa mère : *« Je ne veux pas de conseils venant de ma mère donc on est tout le temps en conflit. Ça a*

toujours été chaud avec ma mère. Ma nounou me disait qu'à trois ans, je me rebellais déjà contre ma mère. Je lui disais que je ne l'aimais pas. Je ne voulais pas retourner avec elle. Depuis toujours, c'est comme ça. Elle est trop étouffante, veut tout diriger. Je ne la supporte pas. Elle est menteuse et manipulatrice. ». La relation avec son père semble mieux se passer : *« Avec mon père, ça va quand il y a pas ma mère ! Quand elle est là, elle a toujours une réflexion à la con donc ça part en vrille. Je me suis déjà battue avec ma mère. C'est elle qui porte la culotte et ça m'agace. ».* Ce rejet de la figure maternelle peut témoigner de la non-résolution du conflit œdipien, mais paradoxalement, Caroline voit presque quotidiennement sa mère avec qui elle mange les midis *« sinon je ne mange pas, je ne me prépare rien. ».*

Caroline a un frère cadet avec lequel *« ça va mais on n'est pas super proches. ».* Puis de nouveau, elle reparle de sa mère : *« Ma mère me raconte parfois des trucs que mon frère aurait soi-disant dits. Ça me fait du mal car ce n'est pas vrai. C'est elle qui ment. Elle cherche à nous éloigner. Je ne comprends pas pourquoi. Elle fait pareil avec mon père. Quand elle a un truc à me reprocher, elle dit que c'est mon père qui a dit ça, sauf que quand j'en parle avec lui, il n'a rien dit de tout ça. ».*

Caroline semble avoir une vie sociale riche. Elle passe régulièrement des soirées avec des amis : *« Ma vie sociale, ça va ! J'ai des copains, des copines, sauf que je viens de me disputer avec une amie. Ça a clashé après nos vacances passées ensemble. Elle est un peu comme ma mère en fait, elle veut mener tout le monde par le bout du nez ! [...] Je m'entends avec les femmes, comme les hommes. Je m'entends bien avec les mecs mais peut-être que c'est parce que je bosse dans un monde de mecs. (Caroline travaille dans un milieu davantage masculin puisqu'elle est assistante de direction dans une entreprise de travaux publics.) Et je m'entends plus avec des personnes un peu plus âgées que moi quand même. Oui, dans l'ensemble, ce sont des personnes plus vieilles. ».*

Elle décrit un parcours scolaire sans embûche, jusqu'au baccalauréat. Elle a tenté de s'inscrire dans une école de musicologie, puis a changé d'orientation et a obtenu un BTS d'assistante de direction. Elle aimerait reprendre une formation, notamment parce que *« Tout le monde me dit que je vaudrais mieux que d'être une secrétaire d'un boss. ».*

Analyse des données cliniques de Caroline.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Caroline, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 13, p 484.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Comme ce qui était annoncé notamment par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974), le TRI obtenu par Caroline est extratensif ($TRI = 2 K / 4 \Sigma C$), il y a moins de réponses FC que de réponses CF et C ($FC=0$; $CF=2$; $C=1$), le $F+\%$ est compris entre 50 et 60 ($F+\%=50$), les réponses Dd et Dbl sont effectivement rares ($Dd=0$; $Dbl=1$) et deux réponses données par Caroline reposent sur l'estompage.

En revanche, il n'y a pas moins de deux réponses kinesthésiques ($K=2$), le $G\%$ n'est pas particulièrement bas ($G\%=31.25$), le nombre total de réponses est inférieur à la moyenne ($R=16$) et il n'y a aucun refus.

b) *D'un point de vue qualitatif.*

Si nous nous intéressons maintenant, aux réponses du test de Rorschach de Caroline, d'un point de vue qualitatif, l'hypothèse de structure de personnalité hystérique est validée.

Caroline est plus ou moins sensible au contenu latent des planches du test de Rorschach : bonne sensibilité au contenu latent de cinq planches (planches III, IV, V, VIII et X), sensibilité partielle au contenu latent de trois planches (planches I, II et VI) et absence de sensibilité au contenu latent de deux planches (planches VII et IX). Ceci est un élément pouvant confirmer l'hypothèse d'une structure de personnalité névrotique.

Caroline donne neuf réponses renvoyant à une représentation de soi non unitaire et sept réponses témoignent d'une représentation de soi unitaire. Ceci témoigne de la présence de l'atteinte de l'unité corporelle, pouvant être mise en lien avec le recours à la somatisation. Ses assises narcissiques semblent également fragilisées. Cela se révèle notamment par le recours à six reprises, à la dévalorisation (Crit Obj ou Autocrit aux planches I, III, V, IX et X).

Concernant les mécanismes de défense, Caroline a principalement recours au refoulement (quatre banalités correctement perçues) et à l'inhibition. Elle ne donne que peu de réponses (R=16), ce qui témoigne de la présence de l'inhibition, mécanisme de défense actif tout au long de la passation. Elle utilise également à plusieurs reprises la dévalorisation, la projection de l'agressivité ainsi que le recours à l'imaginaire (2 K, 3 kan et 2 kob). Elle utilise plus sommairement le recours à la réalité, la régression (réponse Henf à la planche III et Aenf à la planche X), la défense contra-phobique, la défense hypomane et l'intellectualisation. Nous pouvons penser que ces mécanismes de défense sont efficaces, l'indice d'angoisse étant dans les normes de l'échantillonnage (IA%=10), toutefois la dynamique intra-panches est souvent régrédiente et de l'angoisse émerge de certaines réponses.

L'angoisse de castration dominant ce protocole, renforce l'hypothèse d'une structure de personnalité hystérique. Elle est effectivement perceptible aux planches I, II, III, IV et VI. A la planche I, l'angoisse de castration se manifeste par des rires, la dégradation de l'image, la présence d'une référence phallique, ainsi que par le contenu masculin associé à cette planche puisque Caroline la choisit pour représenter son père. Les références phalliques et le recours à l'agir face à une trop grande angoisse témoignent de la présence de l'angoisse de castration à la planche II. Cette angoisse persévère à la planche III au travers du choc au rouge et de la réponse Sang. A la planche IV, les références phalliques, la symbolisation de la puissance phallique, suivie d'une défense contra-phobique, témoignent de l'angoisse de castration. A la planche VI, cette angoisse est révélée par le choc face au symbole sexuel. Enfin, à la méthode associative de la planche VII, Caroline dit, à trois reprises, qu'il « *manque des bouts* ». Cette expression peut laisser suggérer de nouveau, la présence de l'angoisse de castration.

Autre grande caractéristique des structures névrotiques hystériques, le conflit œdipien irrésolu. Il est effectivement présent dans le protocole de Caroline, notamment à l'enquête des limites, où cette dernière dit que la planche I fait partie des deux planches qu'elle a le plus appréciées, planche qu'elle choisit également pour représenter son père, tandis que la planche VI, planche qu'elle choisit pour représenter sa mère, fait partie des deux planches qu'elle a le moins appréciées. De plus, la deuxième planche la plus appréciée est la planche VIII, désignée également pour se représenter. Ainsi, Caroline constitue un couple avec son père, dans l'enquête des limites. La deuxième planche qu'elle apprécie le moins est la planche IX, une des deux planches à la symbolique maternelle du test. Ceci témoigne de

Analyse des données cliniques de Caroline.

nouveau du rejet de la figure maternelle et donc du conflit œdipien non résolu. S'ajoute à ceci, l'absence de sensibilité au contenu latent des deux planches maternelles (planches VII et IX), alors que Caroline est sensible ou partiellement sensible aux contenus latents des huit autres planches du test. Enfin, lors de la méthode associative, certaines réponses renvoient à une conflictualité œdipienne, tel est le cas aux planches VI et IX, et une rivalité œdipienne est également présente dans la réponse apportée à la planche III (R3).

Concernant la difficulté d'identification sexuelle, elle apparaît dans le protocole de Caroline à travers les cinq représentations de soi sexuées, dont quatre sont masculines (« *deux gamins* » et « *des aliens* » à la planche III, « *Hulk* » à la planche IV et « *deux dragons* » à la planche IX) et une bisexuelle (« *une fleur [...] avec le bout de la tige* » à la planche VIII). Cette orientation dominante peut traduire une attractivité du phallique et ajoutons que la symbolisation de la bisexualité est caractéristique des protocoles de structures névrotiques. Nous aurions notamment pu penser qu'en tant que femme, elle donne de manière dominante des réponses renvoyant à une représentation de soi féminine, notamment à la planche III où les femmes ont majoritairement tendance à percevoir des femmes, ce qui n'est pas le cas pour Caroline.

Concernant les relations d'objet, elle donne cinq kinesthésies de posture, renvoyant à une relation d'objet centrée sur le repli narcissique, aux planches IV, V, VI, VIII et X. Ses réponses révèlent toutefois deux relations d'objet de niveau génital-œdipien, de type opposition-compétition, aux planches III et IX.

Ajoutons que Caroline présente de bonnes capacités de symbolisation : elle symbolise correctement le masculin-phallique (R1, R2, R5, R6, R8, R10, R11, R12 et R13), le féminin-maternel (R10), ainsi que la pulsion agressive (R2, R12). Les nombreuses références phalliques données par Caroline confirment une attractivité du phallique.

Pour résumer, le recours à l'inhibition et au refoulement, l'attractivité du phallique, l'angoisse de castration, le conflit œdipien et la difficulté d'identification sexuelle dominants dans le protocole de Caroline, permettent de confirmer l'hypothèse de structure névrotique hystérique.

Il existe deux types de structure hystérique : une se caractérisant par une conversion somatique, l'autre par une angoisse. A la vue de l'intensité des mécanismes d'inhibition et de

refoulement pouvant donner un versant phobique au protocole, il semblerait que Caroline présente cette deuxième structure.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Caroline constitue l'annexe 14, p 491.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Caroline n'obtient pas un score supérieur aux normes de l'échantillonnage à l'échelle clinique d'hystérie 3-Hy (3-Hy=63), elle n'aurait donc pas de réactions dites hystériques face à des situations de stress. Elle obtient toutefois des scores élevés aux sous-échelles de Harris-Lingoes Hy3 (Hy3=83) et Hy4 (Hy4=73), scores révélant des préoccupations et plaintes somatiques. Ceci est confirmé par les scores obtenus à l'échelle clinique d'hypocondrie 1-Hs (1-Hs=72), à la sous-échelle D3 (D3=70), ainsi qu'à l'échelle de contenu HEA (HEA=74). Cela peut alors aller en faveur d'une structure de personnalité dite hystérique, tout comme le fait, qu'à l'échelle L, Caroline obtienne un score indiquant une légère tendance à vouloir se montrer sous un jour favorable (L=66).

Notons également que Caroline présente des affects dépressifs (2-D=77 ; D1=82 ; Sc2=67 ; DEP=75) et une tendance à l'anxiété (7-Pt=72 ; ANX=76). Comme nous avons pu le voir précédemment, des affects dépressifs peuvent être présents dans les structures de personnalités hystériques.

Enfin, d'autres résultats obtenus révèlent une aisance en présence d'autrui (Si1=44), une aisance à créer de nouveaux contacts (0-Si=59), malgré un sentiment d'incompréhension, notamment dans la sphère familiale (Pd4=75, Pa1=81 ; Sc1=73). Ceci peut s'apparenter aux relations mises en place par les personnes hystériques.

En revanche, le score obtenu à l'échelle 5-Mf (5-Mf=65) atteste que Caroline est à l'aise dans les comportements féminins traditionnels. Ce résultat ne permet donc pas de nous interroger sur une éventuelle difficulté d'identification sexuelle.

Analyse des données cliniques de Caroline.

b) D'un point de vue qualitatif.

Le conflit œdipien apparaît dans les réponses que Caroline apporte au MMPI-2. Cette dernière répond aimer son père (item 90) mais ne pas aimer sa mère (item 276) ; que son père est un brave homme (item 6), contrairement à sa mère (item 192).

En revanche, ses réponses ne témoignent d'aucune difficulté d'identification sexuelle. À l'item 62, Caroline répond n'avoir jamais regretté être une fille et à l'item 371, n'avoir jamais désiré être de l'autre sexe.

Concernant son mode de relation aux autres, elle dit être terriblement blessée par les critiques et réprimandes (item 127). Elle répond aimer flirter (item 189), se soucier de son apparence extérieure (item 220), et être préoccupée par l'effet qu'elle produit (item 335). Ceci peut alors témoigner d'une érotisation des relations, ce qui est caractéristique des fonctionnements des structures hystériques.

Enfin, l'une de ses réponses laisse transparaître de la régression, lorsqu'à l'item 348, elle dit souhaiter être de nouveau une enfant.

Ces différents points renforcent l'hypothèse que Caroline présente une structure de personnalité hystérique.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.

Les éléments anamnestiques ne permettent pas de confirmer ou infirmer cette première hypothèse.

En revanche, la difficulté d'identification sexuelle apparaît au test de Rorschach, à travers les quatre représentations de soi masculines, la représentation de soi bisexuelle données par Caroline et l'absence de représentation de soi féminine. Cette orientation dominante peut traduire une attractivité du phallique, ce qui permet de confirmer cette hypothèse.

Cette même hypothèse est infirmée par le MMPI-2. Le score obtenu à l'échelle 5-Mf (5-Mf=65) atteste que Caroline est à l'aise dans les comportements féminins

traditionnels et aucune de ses réponses ne témoignent d'une difficulté d'identification sexuelle.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

Les données apportées par l'anamnèse et le MMPI-2 ne permettent pas de confirmer ou infirmer cette seconde hypothèse.

Le test de Rorschach, quant à lui, confirme cette deuxième hypothèse car l'angoisse de castration domine dans le protocole de Caroline. A la première planche, cette angoisse se manifeste par des rires, la dégradation de l'image, la présence d'une référence phallique, ainsi que par le contenu masculin associé à cette planche puisque Caroline la choisit pour représenter son père. Les références phalliques et le recours à l'agir face à une trop grande angoisse témoignent de la présence de l'angoisse de castration à la deuxième planche. A la planche III, elle se retrouve dans le choc au rouge et la réponse Sang. A la planche IV, les références phalliques, la symbolisation de la puissance phallique, suivie d'une défense contra-phobique, témoignent de l'angoisse de castration. A la planche VI, elle est révélée par le choc face au symbole sexuel. Enfin, l'angoisse de castration apparaît également à la méthode associative de la planche VII, lorsque Caroline dit, à trois reprises, qu'il « *manque des bouts* ».

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Plusieurs éléments anamnestiques confirment cette hypothèse. La vie amoureuse compliquée de Caroline témoigne d'un conflit œdipien irrésolu, tout comme les relations triangulaires qu'elle génère, la grande différence d'âge et le statut, renvoyant à l'autorité, de son premier compagnon ou encore lorsqu'elle explique préférer des conjoints plus âgés qu'elle. Cette hypothèse continue de se confirmer lorsque Caroline évoque la relation qu'elle entretient avec ses parents, notamment la relation conflictuelle avec sa mère. En effet, un certain rejet de cette dernière apparaît dans les propos de Caroline, ce rejet de la figure maternelle peut témoigner de la non-résolution du conflit œdipien.

Cette hypothèse continue d'être confirmée à l'aide du test de Rorschach où l'irrésolution du conflit œdipien se retrouve dans les réponses de Caroline, notamment à l'enquête des limites, où cette dernière choisit les deux planches qu'elle a le plus appréciées pour se représenter et représenter son père. Caroline constitue ainsi un couple avec son père,

Analyse des données cliniques de Caroline.

tandis que la planche qu'elle choisit pour représenter sa mère, fait partie des deux planches les moins appréciées. La deuxième planche la moins appréciée est la planche IX, à la symbolique maternelle. Ceci témoigne de nouveau du rejet de la figure maternelle et donc du conflit œdipien non résolu. S'ajoute à ceci, l'absence de sensibilité au contenu latent des deux planches maternelles, alors que Caroline est sensible ou partiellement sensible aux contenus latents des huit autres planches du test. Enfin, lors de la méthode associative, certaines réponses renvoient à une conflictualité œdipienne.

Le conflit œdipien apparaît également au MMPI-2, lorsque Caroline répond aimer son père, mais pas sa mère, ou encore lorsqu'elle dit que son père est un brave homme alors que sa mère n'est pas une brave femme.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Cette hypothèse se confirme par la vie amoureuse « *bordélique* » de Caroline, par sa tendance à tomber « *amoureuse facilement* », par sa tendance à « *s'attacher trop facilement* », à « *céder, à accepter beaucoup de choses pour les mecs* ». En effet, ces différentes conduites peuvent traduire la perpétuelle quête d'affection observable chez les sujets dits hystériques.

Cette hypothèse n'est confirmée que partiellement par le test de Rorschach car Caroline donne cinq kinesthésies de posture traduisant un repli sur soi à valence narcissique, et seulement deux relations d'objet sont de niveau génital-œdipien, de type opposition-compétition.

En revanche, le MMPI-2 confirme cette hypothèse. Le score obtenu à l'échelle L, par Caroline, indique une légère tendance à vouloir se montrer sous un jour favorable. De plus, certains résultats révèlent une aisance en présence d'autrui, à créer de nouvelles relations, malgré un sentiment d'incompréhension, notamment dans la sphère familiale. Cela peut s'apparenter aux relations mises en place par les personnes hystériques. De plus, elle dit être terriblement blessée par les critiques et réprimandes, aimer flirter, se soucier de son apparence extérieure, ou encore être préoccupée par l'effet qu'elle produit. Ceci peut témoigner d'une érotisation des relations et ainsi confirmer cette hypothèse.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

L'anamnèse et le comportement de Caroline lors des entretiens ne permettent pas de confirmer cette dernière hypothèse. Caroline ne s'est pas montrée théâtrale ou n'a pas été dans

l'exagération, ni la dramatisation.

Le test de Rorschach montre que Caroline a principalement recours à l'inhibition et au refoulement. Elle utilise également à plusieurs reprises la dévalorisation, la projection de l'agressivité ainsi que le recours à l'imaginaire et utilise plus sommairement le recours à la réalité, la régression, la défense contra-phobique, la défense hypomane et l'intellectualisation. Ceci permet de confirmer partiellement cette cinquième hypothèse.

Enfin, l'une de ses réponses au MMPI-2 laisse transparaître de la régression, lorsqu'à l'item 348, elle répond qu'elle souhaiterait être de nouveau une enfant. En revanche, les échelles de validité ne permettent pas de parler de dramatisation, de tendance à l'exagération ou encore de théâtralisation.

V – Analyse des données cliniques de Clémentine.

1. Anamnèse.

Clémentine est une jeune femme âgée de 32 ans au moment de la recherche. Elle évoque un manque de confiance en soi, une perpétuelle insatisfaction, dit être tout le temps dans la plainte et relate plusieurs difficultés rencontrées au sein de son couple. Ce sont ces raisons qui la poussent à demander un suivi psychologique, au sein d'un Centre Médico-Psychologique.

Elle est souriante, volubile, fait preuve de grande spontanéité lors des entretiens. Elle aborde tous les sujets sans grande gêne et n'hésite pas à donner ses avis, bien qu'ils ne soient pas toujours politiquement corrects. Elle ne cherche pas à se conformer aux attentes de la société.

Lors des différents échanges, elle ne supporte pas les blancs, se dévalorise à plusieurs reprises et semble rechercher un étayage (sollicitations, demandes d'avis auprès de la thérapeute...).

Clémentine travaille actuellement dans une grande surface mais souhaite changer d'orientation. Elle fait actuellement des démarches pour faire des stages, notamment d'aide médico-psychologique, mais redoute de se tromper de voie professionnelle et explique n'avoir jamais investi la sphère scolaire. Pour expliquer son choix de stage, elle se décrit comme une femme « *rigolote, proche des gens. Je suis gentille, ça peut être un défaut et une qualité. Je pense beaucoup aux autres aussi.* ». Au fil des entretiens, il s'avère qu'elle met en échec cette reconversion professionnelle. Elle ne fait aucune démarche, regarde parfois les offres d'emploi en dénigrant chacune d'elles, et dira : « *Je n'y arrive pas, je suis destinée à rester malheureuse dans mon job de caissière.* ». Cela peut s'expliquer, comme elle le dit, par le manque de confiance en soi, mais cela lui permet également de garder son désir insatisfait, ainsi qu'un motif de plainte, ce qui se retrouve dans les structures de personnalité hystériques.

Sur le plan sentimental, Clémentine se questionne sur son couple, sur ses sentiments

envers son compagnon, avec qui elle est depuis quinze ans : « *Je ne sais pas si je suis amoureuse de lui ou pas. L'autre jour, j'ai été jalouse donc c'est que je dois l'aimer quand même, sinon je n'aurai pas été jalouse. Sinon, je me demande si je ne reste pas avec lui par intérêt. Je ne m'en sortirai pas seule, au niveau financier. En plus, on a une fille, on a acheté la maison, on ne peut pas se séparer. Je l'aime mais je ne supporte plus ses défauts. Il fait rien à la maison, il ne sait jamais rien, il ne prend jamais de décisions. Parfois, j'ai l'impression de tout faire pour qu'il rompe. Ça m'empêcherait de prendre une décision. Je ne sais plus ce que je veux.* ». Ils ne sont pas mariés, son compagnon ne le souhaitant pas. Clémentine ajoute : « *J'aimerais avoir mon jour de princesse. Si un jour je me marie, ça ne sera pas avec lui !* ».

Clémentine évoque également une absence de désir sexuel depuis un certain temps : « *Je me demande aussi pourquoi je n'ai aucun désir pour lui. Au début, ça allait. J'ai même accepté qu'on fasse un plan à trois avec l'un de nos amis, mais maintenant s'il ne vient pas me chercher, ce n'est pas moi qui vais y aller. Je me force au début, je me dis que je fais ma B.A. A m'écouter, on aurait jamais de rapport ! C'est depuis qu'on est dans cette satanée maison qu'il y a ce blocage. [...] J'ai acheté une nuisette pour lui et le soir, je me suis forcée à avoir un rapport, j'en aurais pleuré. Je comprends pas cette ambivalence.* ». Ceci témoigne de la présence d'une conflictualité sexuelle importante, pouvant se retrouver dans le tableau clinique de l'hystérie.

Elle évoque deux ruptures au début de leur relation mais dit ne plus se souvenir des raisons, tout comme elle dit avoir peu de souvenirs de leur rencontre. « *Je ne sais plus ce qui m'a plu chez lui au début. J'ai eu un autre copain mais vu que je suis docile, je suis pas sortie avec car mon père ne voulait pas. Il lui plaisait pas. Mon père pense que c'est grâce à lui que je suis avec mon copain, mais pas du tout ! Je lui dis pas que c'est pas grâce à lui, je ne veux pas lui faire de souci. Je suis avec lui parce qu'un jour, je me suis inquiétée pour lui. Je l'ai trouvé à prendre des médicaments, dans une forêt. J'ai été présente et on ne s'est pas quittés.* ». L'intervention du choix du père dans sa vie amoureuse peut témoigner d'un climat œdipien.

Ceci se confirme lorsqu'à plusieurs reprises, Clémentine fait un parallèle entre son couple et le couple de ses parents, entre son compagnon et son père, témoignant de nouveau d'un conflit œdipien non résolu : « *J'ai l'impression de sortir avec mon père ! Ils ont tous les deux les mêmes défauts. Je ne veux pas finir comme ma mère. Je la plains, elle doit tout faire toute seule car mon père ne l'aide pas. Je ne voulais pas reproduire ceci mais je fais tout ce qu'il ne faut pas ! [...] Je voudrais que mes parents divorcent car ma mère n'est pas*

Analyse des données cliniques de Clémentine.

heureuse. Mon père est comme mon copain ! Ils ne font rien. ». Ajoutons que son compagnon travaille dans la même usine où son père a travaillé.

Quelques mois plus tard, la situation amoureuse de Clémentine s'est dégradée. Elle viendra d'ailleurs avec son compagnon lors d'un entretien clinique pour « *savoir si on peut recoller les morceaux et pour que vous lui disiez que je vais pas bien.* ». Elle décrit une relation ambiguë avec son compagnon et plusieurs rencontres avec d'autres hommes : « *On s'est séparés. Il a commencé à fréquenter quelqu'un d'autre. J'ai vu des messages. Ça m'a rendue dingue, triste, ça m'a fait du mal. On s'est revus après et on est retombés dans les bras l'un de l'autre. On a passé trois jours magiques. On se dit qu'on peut rester ensemble en cachette et se voir que pour les bons moments, sans les contraintes du couple. Le sexe, c'est beaucoup mieux depuis qu'on est plus ensemble.* ». Quelques semaines après, elle parle d'une rupture et d'une rencontre avec un autre homme : « *Je me suis laissé draguer par un autre mec. Je regrette parce que j'ai fait souffrir mon copain. Comme une gamine, je me suis laissé embarquer dans cette histoire. [...] J'ai coupé les ponts après parce que j'ai appris que c'était un bon dragueur.* ». A l'entretien suivant, elle parle de deux autres rencontres faites par le biais d'un site de rencontre. Notons que ces trois hommes sont plus âgés qu'elle d'une dizaine d'années car elle « *recherche un homme plus âgé que moi* ».

Clémentine a une fille de 6 ans. Elle s'interroge beaucoup sur ses qualités de mère, a parfois l'impression d'être une mauvaise mère. Elle explique manquer de patience et rabaisser sa fille : « *Je ne sais pas pourquoi je la rabaisse. Je lui dis qu'elle est nulle, qu'elle est con etc., alors que je ne veux pas qu'elle perde confiance en elle, comme moi. Je sais que c'est pas bien mais elle m'agace tellement parfois ! [...] Elle m'énerve tellement que j'ai des envies de meurtre. Je culpabilise d'avoir ces pensées ! Je pensais pas que je serai ce genre de mère impatiente.* ». Cela peut s'inscrire dans une dynamique œdipienne non résolue. Après réflexion, elle dit avoir « *l'impression que je me comporte parfois plus comme sa sœur que comme sa mère. On a une drôle de relation. On est comme deux gosses.* ». Ce comportement témoigne d'un fonctionnement régressif et d'une identification à son père car elle explique avoir également souffert des remarques de son père dans son enfance, bien qu'elle dise ne pas parvenir à identifier l'origine de son manque de confiance : « *ça vient peut-être de mon enfance. Mais j'ai aucun souvenir. Si vous voulez, la prochaine fois, je viendrai avec mes parents et ils vous raconteront. Le seul souvenir que j'ai est hard. C'était avec mon père...* ». Clémentine ne développe pas davantage ce souvenir. Elle ajoute : « *Je parle moins avec mon*

père parce qu'il s'inquiète pour rien. Il a aussi des mots blessants parfois. Il y a jamais rien qui va pour lui, jamais rien est suffisamment bien. ».

Ce comportement régressif se retrouve également lorsqu'elle décrit une certaine dépendance à ses parents. Elle se dit incapable de prendre une décision seule : *« Dès que je dois prendre une décision, je demande à ma mère. Je lui dis tout, je lui parle de tout, de mon couple etc. Je me dis que je dois pas tout lui dire mais je peux pas m'en empêcher. Je ne comprends pas pourquoi je le fais quand même. ».* La dépendance aux parents se retrouve également dans le fait qu'elle ait voulu acheter une maison dans la même rue que ses parents. Elle dit s'apercevoir qu'il s'agissait d'une erreur et son compagnon lui conseille régulièrement de prendre de la distance avec ses parents. Elle raconte également : *« J'ai revu une vidéo où j'avais 6 ans. Je donnerais n'importe quoi pour revenir à cette période. Je ne referais rien pareil. Je suis trop nostalgique de cette période. Je regrette les années 90, la musique etc. ».* Ce dernier témoignage révèle de nouveau le recours à la régression.

L'identification à son père se retrouve, quant à elle, lorsque Clémentine aborde sa perpétuelle insatisfaction : *« Je me plains tout le temps ! Il n'y a jamais rien qui va. J'ai tout pour être heureuse mais je ne peux m'empêcher de me plaindre, de trouver des choses qu'ils ne vont pas. Je me crée des problèmes où il n'y en a pas. Je me plains tout le temps, je suis tout le temps énervée. Je ne supporte plus d'être comme ça mais je peux pas m'en empêcher ! Je suis comme mon père. Il se plaint tout le temps aussi. Je dois tenir de lui ! Je lui dis d'arrêter de se plaindre, j'essaye de positiver mais je ne le fais pas pour moi. Parfois, j'ai l'impression que j'ai envie de me faire plaindre... Là, j'ai rien trouvé de mieux que dire à une cliente que je voulais me foutre en l'air. J'y pense parfois mais j'ai pas le courage, sinon je me serai suicidée depuis déjà longtemps ! ».* Ceci, et notamment cette phrase qu'elle adresse à une cliente, témoignent d'un recours à la dramatisation.

Clémentine explique ne pas toujours avoir été dans la plainte : *« Plus je grandis, plus je me plains. J'idéalisais la vie d'adulte. Je voulais ma maison, un gamin etc. et maintenant que j'ai tout ça, j'ai parfois tout envie de quitter. Je ne sais pas ce qui pourrait me satisfaire, ce qui pourrait me faire plaisir. ».* La question du désir, de la satisfaction et insatisfaction de ce désir, font partie des questionnements des personnalités hystériques.

Elle ajoute ne pas aimer son corps, ne s'être jamais aimée. Elle a commencé à prendre du poids depuis qu'elle est en couple : *« Je me trouve pas belle, je me trouve trop grosse. Et du coup, je me réfugie dans la bouffe. Il me faut un déclic pour maigrir, sinon je mange ! ».*

Analyse des données cliniques de Clémentine.

Clémentine a deux frères : un frère jumeau souffrant de schizophrénie et un frère de dix ans son aîné. Elle a peu de contacts avec eux. Clémentine se souvient que, dans son enfance, elle se chamaillait souvent avec son frère jumeau. Elle relate un accident qui l'a plongée trois jours dans le coma à 13 ans : son frère aurait ouvert la porte devant les escaliers, alors que Clémentine était derrière. Cette dernière se serait évanouie suite à la douleur provoquée par le choc et serait alors tombée dans les escaliers. Elle remet en question la nature accidentelle de cet évènement.

Elle parle que très peu de ses frères, n'aborde quasiment que sa relation avec ses parents, que cette relation triangulaire œdipienne.

Concernant sa santé, Clémentine ne relève aucun problème somatique. Elle ajoute : « *Je m'évanouis facilement et j'ai des migraines de temps en temps, surtout quand j'ai mes règles. [...] J'ai toujours mal au dos et aux reins. C'est de famille. Je suis toujours courbée.* ».

Au niveau social, elle a plusieurs ami(e)s auquel(le)s elle confie tout ce qu'elle vit, même les choses les plus intimes. Elle ajoute : « *J'aime pas qu'on m'aime pas donc parfois je me retiens de dire des choses que je pense pour qu'on m'aime.* ».

Pour conclure, notons que Clémentine a mis fin à son suivi psychologique à plusieurs reprises, revenant plusieurs semaines après, lorsqu'elle vivait une nouvelle déception amoureuse. Son retour au CMP s'est parfois fait par le biais des urgences psychiatriques, où elle est allée à deux reprises, après avoir fait un surdosage de traitement. Elle dit : « *J'aime bien venir parler de mes problèmes et je vous aime bien mais je vois pas à quoi ça sert. J'ai toujours pas confiance en moi. Je trouve pas que venir au CMP m'aide. [...] Je suis condamnée à être malheureuse toute ma vie* ». Au cours des entretiens, Clémentine réfute toute piste de réflexion qui lui ait proposée, met en échec tout ce qui lui est suggéré. Est-ce pour garder son désir insatisfait ? Elle dit « *Je vais mal mais je fais rien pour aller mieux. Je change tout le temps d'avis. Je sais plus ce que je veux.* ». Est-ce pour avoir un maître sur qui régner ? Ou est-ce simplement que la prise en charge ne lui correspond pas ? Elle dit vouloir des conseils, être aidée dans ses choix et non réfléchir à l'origine des choses.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Clémentine, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 15, p 495.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Peu des critères de l'hystérie au test de Rorschach, énoncés notamment par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974), se retrouvent dans le protocole de Clémentine. Nous retrouvons uniquement un F% élevé (F%=46 ; F% élargi = 92) pouvant être dû à l'inhibition massive du protocole. Ceci explique également le faible nombre de réponses données (R=13). Enfin, les réponses Dd et Dbl sont inexistantes, comme ce que ces auteurs avaient énoncé.

En revanche, le TRI n'est pas extratensif mais introversif mixte (TRI = 2 K / 1,5 ΣC). Il y a deux kinesthésies. Il y a autant de réponse FC que de réponse CF et C (CF=1 ; FC=1). Le F+% n'est pas compris entre 50 et 60 (F+% = 100). Le G% est supérieur aux normes de l'échantillonnage (G%=46). Aucune réponse ne repose sur l'estompage et il n'y a aucun refus.

b) *D'un point de vue qualitatif.*

Maintenant, si nous nous intéressons au protocole du test de Rorschach de Clémentine, d'un point de vue qualitatif, l'hypothèse de structure de personnalité hystérique est validée.

Clémentine est sensible au contenu latent de la plupart des planches du test de Rorschach : bonne sensibilité au contenu latent de six planches (planches I, IV, V, VI, VIII et IX), sensibilité partielle au contenu latent de trois planches (planches II, III et X) et absence de sensibilité au contenu latent de la planche VII. Ceci est un élément allant en faveur du diagnostic d'une structure de personnalité névrotique.

Clémentine donne des réponses dans lesquelles les représentations de soi sont majoritairement entières et unitaires (neuf représentations unitaires et quatre non unitaires) et cinq de ses représentations sont sexuées. Ceci témoigne de l'absence de l'atteinte de l'unité

Analyse des données cliniques de Clémentine.

corporelle. Ses assises narcissiques ne semblent pas non plus fragilisées car elle ne donne aucune représentation de soi idéalisée ou dévalorisée, n'a recours à la dévalorisation comme mécanisme de défense qu'une seule fois (Autocrit à la planche III) et n'intègre pas le blanc à ses réponses.

Concernant les mécanismes de défense, Clémentine a massivement recours à l'inhibition et au refoulement (cinq banalités correctement perçues). Elle ne donne que peu de réponses (R=13), ce qui prouve que l'inhibition est le mécanisme de défense dominant et actif tout au long de la passation. Elle utilise également à plusieurs reprises la régression (référence à un dessin animé aux planches II et IX, réponse (Henf) à la planche VII) et le recours à l'imaginaire (2 K et 3 kan), puis la projection de l'agressivité, la dévalorisation, la défense contra-phobique, le recours à la réalité, l'isolation et la formation réactionnelle contre l'agressivité. Ajoutons que Clémentine utilise également la régression à plusieurs reprises lors de la phase d'enquête sur les choix et de la méthode associative. Il semblerait que ces mécanismes de défense ne lui permettent pas de lutter efficacement contre l'angoisse pouvant être réactivée par le test : l'indice d'angoisse est à la limite des normes de l'échantillonnage (IA%=13) et la dynamique intra-panches est plus souvent régrédiente que progrédiente.

L'angoisse de castration est dominante dans ce protocole. Elle est notamment perceptible aux planches II, IV, VI et X. A la planche II, l'angoisse de castration est révélée par le choc au rouge et la réponse Sang. A la planche IV, la symbolisation de la puissance phallique, suivie d'une défense contra-phobique, en témoignent. A la planche VI, le refoulement, suivi des références phalliques, attestent de la réactivation de l'angoisse de castration. Enfin, cette angoisse apparaît à la dernière planche par la thématique de culpabilité à l'évocation du masculin et par la défense contra-phobique.

Notons également la réactivation de l'angoisse de perte d'objet à la planche VI, apparaissant à travers la remarque de séparation.

Le conflit œdipien, faisant partie des caractéristiques des structures névrotiques hystériques, peut se retrouver dans le protocole de Clémentine à la planche VII lorsqu'elle a recours à une formation réactionnelle contre l'agressivité face à la symbolique d'une planche maternelle. De plus, cette planche maternelle est la seule planche à laquelle Clémentine n'est pas sensible au contenu latent. Ce même conflit œdipien peut également se retrouver lors de la méthode associative : l'association faite à la planche III laisse émerger une dynamique

conflictuelle œdipienne exprimant un va et vient entre désir et interdit ; à la planche VI, il semble y avoir un refus de l'identification maternelle et une identification au père en se trouvant des points communs avec ce dernier ; ou encore à la planche VIII, Clémentine remarque ne jamais parler de ses frères, ce qui lui permet de rester dans la triangulation œdipienne, avec ses parents.

Une difficulté d'identification sexuelle apparaît également dans le protocole de Clémentine. Elle se manifeste aux planches III et VI, par l'incapacité de Clémentine à donner une identité sexuelle aux personnages qu'elle perçoit : « *deux personnes* ». De plus, les cinq représentations de soi sexuées qu'elle donne sont des représentations masculines : « *un géant* » à la planche IV, « *une épée* » à la planche VI, « *deux petits lutins* » à la planche VII, « *des taureaux* » et « *des petits diabolotins* » à la planche X. Nous aurions pu penser que Clémentine, en tant que femme, donnerait des réponses renvoyant à une représentation de soi féminine et non masculine. Cette orientation dominante traduit une attractivité du phallique.

Concernant les relations d'objet, Clémentine donne trois kinesthésies de posture renvoyant à une relation d'objet de niveau limite-narcissique, aux planches IV, VIII et X. Ses réponses révèlent toutefois deux relations d'objet de niveau génital-œdipien, de type interaction positive, à la planche VII et de type opposition-compétition, à la planche IX.

Notons également que Clémentine présente de bonnes capacités de symbolisation. En effet, elle est capable de symboliser correctement le masculin-phallique (R5, R7, R8, R10, R12) et le féminin-maternel (R8). L'agressivité est exprimée de manière crue (R3) ou d'un niveau de symbolisation plus faible (R13). L'inhibition massive empêche une bonne exploitation de cette capacité.

Pour résumer, le recours puissant à l'inhibition et au refoulement, l'attractivité du phallique, l'angoisse de castration, le conflit œdipien et la difficulté d'identification sexuelle perceptibles dans les réponses de Clémentine, permettent de confirmer l'hypothèse de structure névrotique hystérique.

Comme vu précédemment, il existe deux types de structure hystérique : une se caractérisant par une conversion somatique, l'autre par une angoisse. A la vue de l'intensité des mécanismes d'inhibition et de refoulement pouvant donner un versant phobique au protocole, il semblerait que Clémentine présente cette deuxième structure.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Clémentine constitue l'annexe 16, p 501.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Tout d'abord, Clémentine n'obtient pas de scores supérieurs aux normes de l'échantillonnage à l'échelle clinique d'hystérie 3-Hy (3-Hy=56) ou aux sous-échelles de Harris-Lingoes. Elle n'aurait donc pas de réactions dites hystériques face à des situations de stress et ne semble également pas avoir de préoccupations somatiques anormalement élevées. Le score obtenu à l'échelle 5-Mf (5-Mf=55) atteste que Clémentine est à l'aise dans les comportements féminins traditionnels. Ce résultat ne permet donc pas de nous interroger sur une éventuelle difficulté d'identification sexuelle. Ces premiers éléments ne permettent pas, dans un premier temps, de valider l'hypothèse d'une structure hystérique.

En revanche, d'autres résultats sont en faveur d'une structure de personnalité hystérique, tel est le cas des scores obtenus aux échelles de validité qui indiquent que Clémentine a tendance à être dans l'exagération. Celle-ci confirme cela lorsqu'elle dit « *Parfois, j'ai un peu exagéré. Par exemple là, j'ai mis vrai et faux, mais en fait c'est faux.* » Clémentine fait ici référence à l'item 520 « *Récemment, j'ai sérieusement pensé à me tuer* ». Cette théâtralisation, cette dramatisation, est l'une des caractéristiques des névroses hystériques et peut avoir pour objectif d'attirer l'attention.

Notons également que Clémentine présente des affects dépressifs, une tendance anxieuse et une baisse d'énergie pouvant être mises en lien avec le score obtenu à l'échelle de dépression. Comme nous avons pu le voir précédemment, des affects dépressifs peuvent être présents dans les structures de personnalité hystériques.

Enfin, d'autres résultats obtenus révèlent une aisance en présence d'autrui, l'efficiencia d'habilités sociales, le goût de créer de nouveaux contacts, le besoin d'être entourée, malgré un sentiment d'incompréhension, notamment dans la sphère familiale. Ceci peut s'apparenter aux relations mises en place par les personnes hystériques.

b) D'un point de vue qualitatif.

Le conflit œdipien n'apparaît pas dans les réponses de Clémentine. Cette dernière répond de la même manière aux items portant sur sa mère et son père.

En revanche, une de ses réponses peut nous faire interroger sur la difficulté d'identification sexuelle, lorsqu'à l'item 371, elle répond avoir souvent désiré être de l'autre sexe.

Concernant son mode de relation aux autres, elle dit être terriblement blessée par les critiques et réprimandes (item 127) et s'efforcer à être toujours agréable, même lorsque les autres sont énervés et critiques (item 492). Ce fonctionnement peut alors être mis en parallèle avec la quête constante d'attention et affection d'autrui. De plus, le fait qu'elle dise aimer flirter (item 189), se soucier de son apparence extérieure (item 220) ou encore être préoccupée par l'effet qu'elle produit (item 335), peut témoigner d'une érotisation des relations.

Enfin, l'une de ses réponses laisse également transparaître de la régression. A l'item 348, elle répond souhaiter être de nouveau une enfant.

Ces trois derniers points renforcent l'hypothèse que Clémentine présente une structure de personnalité hystérique.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.

Les éléments anamnestiques ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette première hypothèse.

Les réponses apportées au test de Rorschach, contrairement aux données de l'anamnèse, laissent apparaître une difficulté d'identification sexuelle et confirment donc cette hypothèse. Cette difficulté se manifeste notamment aux planches III et VI, par l'incapacité de Clémentine à donner une identité sexuelle aux personnages qu'elle perçoit, ainsi que par une attractivité du phallique, à laquelle est associé le fait que les cinq représentations de soi sexuées que Clémentine donne soient masculines.

Cette première hypothèse n'est que partiellement confirmée par le MMPI-2. Bien que Clémentine semble à l'aise avec le rôle féminin traditionnel, une de ses réponses peut révéler

Analyse des données cliniques de Clémentine.

une éventuelle difficulté d'identification sexuelle, lorsqu'à l'item 371, elle répond avoir souvent désiré être de l'autre sexe.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

Les données apportées par l'anamnèse et le MMPI-2 ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette seconde hypothèse.

Concernant le protocole du test de Rorschach, l'angoisse de castration est observable à travers le choc au rouge et la réponse Sang, à la planche II ; la symbolisation de la puissance phallique, suivie d'une défense contra-phobique, à la planche IV ; le refoulement suivi des références phalliques, à la planche VI ; ainsi qu'à travers la thématique de culpabilité à l'évocation du masculin et la défense contra-phobique, à la planche X.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Cette hypothèse est confirmée par certaines informations apportées dans l'anamnèse. L'intervention du choix du père dans la vie amoureuse de Clémentine peut par exemple témoigner d'un climat œdipien. Ceci se confirme lorsqu'à plusieurs reprises, elle fait un parallèle entre son couple et le couple de ses parents, entre son compagnon et son père. L'identification à son père, notamment lorsqu'elle aborde sa perpétuelle insatisfaction, peut également aller dans le sens de la non-résolution du conflit œdipien, tout comme la relation conflictuelle qu'elle entretient avec sa fille.

Le test de Rorschach confirme également cette hypothèse, où le conflit œdipien irrésolu se retrouve à la planche VII lorsque Clémentine a recours à une formation réactionnelle contre l'agressivité face à la symbolique d'une planche maternelle, ainsi que dans le fait que la seule planche à laquelle Clémentine n'est pas sensible au contenu latent est cette même planche maternelle. Ce conflit peut également se retrouver lors de la méthode associative, à la planche III, où la réponse de Clémentine renvoie à une dynamique conflictuelle œdipienne exprimant un va et vient entre désir et interdit ; à la planche VI, où il semble y avoir un refus de l'identification maternelle et une identification au père en se trouvant des points communs avec ce dernier ; ou encore à la planche VIII, lorsque Clémentine remarque ne jamais parler de ses frères, ce qui lui permet de rester dans la triangulation œdipienne, avec ses parents.

Les réponses données au test du MMPI-2 ne permettent pas de valider cette troisième hypothèse. Le conflit œdipien n'apparaît pas, Clémentine répondant de la même manière aux items portant sur sa mère et sur son père.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Sa vie amoureuse tumultueuse, sa complaisance dans l'insatisfaction et la plainte constante de Clémentine témoignent d'un fonctionnement névrotique hystérique. Ce comportement peut avoir pour but d'attirer l'attention d'autrui, de recevoir la compassion d'autrui, ce qui confirmerait cette hypothèse.

Le test de Rorschach ne valide que partiellement cette avant-dernière hypothèse car Clémentine donne trois kinesthésies de posture renvoyant à une relation d'objet de niveau limite-narcissique, aux planches IV, VIII et X et seulement deux relations d'objet de niveau génital-œdipien, de type interaction positive, à la planche VII et de type opposition-compétition, à la planche IX.

Les résultats obtenus au test de MMPI-2 révèlent une aisance en présence d'autrui, l'efficacité d'habiletés sociales, le goût de créer de nouvelles relations, le besoin d'être entourée, malgré un sentiment d'incompréhension, notamment dans la sphère familiale. De plus, elle dit être terriblement blessée par les critiques et réprimandes et s'efforcer à être toujours agréable, même lorsque les autres sont énervés et critiques. Ce fonctionnement peut alors être mis en parallèle avec la quête constante de l'attention et affection d'autrui. Le fait qu'elle dise aimer flirter, se soucier de son apparence extérieure ou encore être préoccupée par l'effet qu'elle produit, peut témoigner d'une érotisation des relations. Cette quatrième hypothèse est alors confirmée par ce test.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Les entretiens et éléments d'anamnèse mettent en avant une tendance à la théâtralisation, ainsi qu'à la régression. Lorsqu'elle parle par exemple de suicide, Clémentine se situe dans la dramatisation, dans une sorte de théâtralisation et lorsqu'elle dit se comporter davantage comme une sœur, que comme une mère, pour sa fille ou bien lorsqu'elle décrit une certaine dépendance à ses parents, se dit incapable de prendre une décision seule, recherche l'étayage de sa thérapeute, Clémentine témoigne d'un fonctionnement régressif. Cette dernière hypothèse est donc confirmée.

Analyse des données cliniques de Clémentine.

Elle est également confirmée par le test de Rorschach qui montre que Clémentine a massivement recours à l'inhibition et au refoulement et qu'elle utilise également à plusieurs reprises la régression.

Enfin, le MMPI-2 confirme de nouveau cette dernière hypothèse. Selon les résultats obtenus à ce test, Clémentine aurait tendance à être dans l'exagération et la réponse à l'item 348 laisse également transparaître de la régression, puisque Clémentine dit qu'il lui arrive de souhaiter être de nouveau une enfant.

VI – Analyse des données cliniques d'Edwige.

1. Anamnèse.

Edwige est une femme de 51 ans. Elle se montre très volubile durant les entretiens, évoque son histoire avec grande aisance et se laisse envahir par l'émotion à plusieurs reprises. Lors du premier entretien, dès la salle d'attente, elle m'explique avoir un lumbago et monte les escaliers avec difficulté et lenteur, en détaillant ses différentes douleurs dorso-lombaires, en expliquant qu'elle porte une ceinture dorsale et qu'elle devra rester debout durant l'entretien. Elle s'assoit finalement en émettant de nombreux gémissements. Il en sera de même pour se relever. Une semaine plus tard, elle revient en entretien, ne ressentant plus aucune douleur dorsale, se mouvant avec aisance mais évoque des douleurs costales. Ces premiers éléments témoignent d'une tendance à la théâtralisation, ainsi qu'à la somatisation.

Concernant sa vie amoureuse, Edwige explique être veuve depuis onze ans, après un mariage de vingt-deux ans. Il s'agissait de son premier amour. Ce dernier s'est suicidé : *« il s'est suicidé dans le garage. Il a été retraité de l'armée. Ça ne lui a pas plu. Il a eu l'impression d'être mis en retraite par obligation. Et c'était plus terrible entre nous. J'avais l'impression d'être un objet. A la fin, je me laissais plus faire. J'avais demandé le divorce. On est quand même allé chez le médecin pour recoller les morceaux le vendredi. Il croyait que tout allait se régler en une fois. Le samedi, il se tuait. Je me suis mariée à 18 ans. J'étais trop jeune. Il avait huit ans de plus que moi. Ça allait plus entre nous. Il y avait plus trop de rapports... Il m'a trompée avec la voisine. J'ai pas tout de suite su que c'était avec elle. Je l'ai appris par la mère de la voisine. Ça a fait une grosse coupure dans le couple. J'étais dégoûtée de lui. Encore, ça aurait été avec une jeune, j'aurais pu comprendre et me dire que ça arrive aux hommes dans la quarantaine. Mais là, la voisine... Elle n'est même pas jeune. J'étais dégoûtée. Je ne voulais plus trop de contacts physiques avec lui. »*. La différence d'âge peut être un premier indice allant dans le sens de la non-résolution du conflit œdipien.

Lors d'un autre entretien, elle évoque de nouveau le suicide de son mari : *« J'ai toujours de la culpabilité. C'est de ma faute. Tout le monde m'accuse. Ma belle-sœur, mes*

Analyse des données cliniques d'Edwige.

beaux-parents... Je me demande ce que j'ai pu faire... On ne s'entendait plus... C'est tout. ».

De cette première union, sont nées deux filles, âgées de 24 et 27 ans : « *Avec la plus grande, ça va. Il y a quelques petits... Mais c'est moi. Je ne suis pas gentille des fois. Mais je m'excuse... Elle a une fille. Je vois ma petite fille, je m'en occupe, mais pas en ce moment parce que j'ai trop mal au dos. Je ne pourrais pas la porter. [...] Avec ma fille la plus jeune... Je pense que je l'ai trop pourrie gâtée. Tout allait bien mais mes ex-beaux-parents font des histoires. Je ne la vois plus depuis deux mois et demi.* » Edwige pleure en évoquant ceci et explique de façon incompréhensible que la dispute est liée à une question d'argent. Ceci peut témoigner d'une angoisse de perte d'objet et peut également révéler une certaine rivalité avec ses filles et de ce fait un conflit œdipien sous-jacent.

Deux ans après le décès de son mari, Edwige a rencontré un autre homme, avec qui ce serait aujourd'hui fini : « *Ça fait neuf ans que je suis avec mon copain. Mais on se dispute beaucoup. J'ai plus de sentiments pour lui aujourd'hui. Au début, il m'a pressée. Il voulait qu'on habite ensemble rapidement. Je me suis laissé faire. Là, c'est fini. Je ne supportais plus le caractère de mon copain. Je suis contente de m'en sortir. Je ne veux pas être comme ma mère !* ». Edwige parlera peu de cette seconde union mais il semblerait qu'il y ait eu des violences physiques au sein du couple car elle a appelé son jeune psychiatre, en demandant un rendez-vous en urgence car elle voulait lui « *montrer des parties de son corps* ». Il s'avère qu'elle souhaitait qu'il constate des blessures que lui aurait infligées son compagnon, mais cette façon de formuler sa demande peut témoigner d'un comportement séducteur et théâtral.

Lors d'un autre entretien, elle ajoute : « *J'ai revu mon ex. Je me suis fait du mal en le revoyant, il m'a raconté ses histoires de femmes. Il est en couple maintenant. J'ai encore été la cinquième roue du carrosse... [...] Moi, j'en suis nulle part dans ma vie amoureuse. Si je rencontre un troisième homme, j'ai peur de me sentir sale. Sale parce que je coucherai avec un troisième homme.* ». Ce dernier élément témoigne d'une culpabilité et d'une conflictualité sexuelle.

Au niveau somatique, comme dit précédemment, Edwige dit souffrir de plusieurs douleurs dorsales. Elle ajoute : « *J'ai des palpitations le soir. J'ai l'impression que je vais mourir. C'est atroce. C'était un peu passé mais ça revient depuis que j'ai ce problème avec ma fille. [...] J'ai des lombalgies aussi. Mais j'en ai marre de voir tout le temps les médecins. Mais je ne veux pas arrêter ma thérapie, je veux comprendre pourquoi j'en suis là. Je fais une*

dépression depuis le début de l'année. Je m'en sortais plus avec mon copain. J'ai été hospitalisée quinze jours. J'étais bien. On m'écoutait. J'étais pas jugée. Je ne voulais pas partir mais j'ai pas eu le choix. C'était ma deuxième hospitalisation. [...] Je suis triste. Je me fais du mal dès que je fais quelque chose. Je deviens fragile. Avant, j'avais jamais rien. Puis ça a commencé. J'ai eu une opération du pied. Ça s'est infecté. ». Elle ferait également des cystites à répétition. Ce témoignage peut révéler une tendance à la somatisation et un besoin d'attention, lorsqu'elle évoque son hospitalisation de 15 jours.

Edwige présente également des antécédents de symptomatologie dépressive. Elle ajoute avoir un traitement dont elle ne connaît pas les noms, qu'elle diminue à l'aide d'un psychiatre et poursuit un suivi, dont elle semble être satisfaite, auprès d'une infirmière psychiatrique. : « *Je prends un antidépresseur et quelque chose pour dormir. J'ai perdu trente kilos lors d'une dépression. Je ne mangeais plus que des yaourts.* ». Cette alimentation faite de yaourts, lors des dépressions, peut renvoyer à un comportement régressif.

Au niveau familial, Edwige parle de ses parents de la façon suivante : « *J'aimais mon mari mais je me suis mariée trop jeune. Peut-être je voulais partir de la maison. Mon papa buvait. Il en a vu de toutes les couleurs avec ma mère. Il était violent avec elle mais aujourd'hui, je le comprends. Ma mère, c'était une femme... Elle me faisait garder les enfants. Je loupais l'école pour rester à la maison. Je faisais le ménage, la cuisine. J'étais une deuxième petite maman. Ma mère trompait mon papa. Elle avait plein d'hommes. Je l'ai pas dit à mon papa... J'avais peur de ressembler à ma mère, de faire comme elle. Je me demande pourquoi l'assistante sociale m'a laissée à la maison.* ». Elle ajoute : « *Papa est mort il y a seize ans. J'ai fait une dépression. Tout est revenu à la surface. Mais j'en ai rien à faire de ma mère. Elle peut mourir demain, j'en ai rien à faire. Elle n'existe plus depuis longtemps. Ma mère était très méchante avec mon papa. J'aurai toujours de la colère contre elle. Ce sera fini quand elle ne sera plus là.* ». Cette colère contre sa mère, ce soutien inconditionnel apporté à son père, le recours à un terme affectueux pour parler de son père (« mon papa ») et un terme neutre, plus distant, pour parler de sa mère, peuvent révéler un conflit œdipien non résolu, tout comme le fait qu'elle dise avoir été une « *deuxième petite maman* », ce qui peut renvoyer au fantasme de prendre la place de sa mère et ainsi constituer le couple parental avec son père.

Edwige est la troisième d'une fratrie de sept enfants. Elle a deux sœurs et cinq frères. Elle est en contact qu'avec son deuxième et dernier frère. Elle reste évasive quant à la mésentente au sein de la fratrie, mésentente dont elle ne semble pas souffrir actuellement. Il

Analyse des données cliniques d'Edwige.

semblerait que ce soit suite aux obsèques de leur père, ses frères et sœurs n'auraient pas compris qu'elle ne veuille plus parler à leur mère.

Edwige se décrit comme une personne « *conviviale, je parle à tout le monde* ». Concernant son cercle d'amis : « *J'ai quelques vrais amis. Il y a deux personnes. J'ai perdu beaucoup d'amis quand j'ai quitté mon copain.* ». Elle ajoute « *Je suis débrouillarde. Pourtant mon mari me rabaissait. Je suis fière de moi, de m'en sortir seule maintenant.* ». Elle ajoute « *Je m'entends plus avec les hommes. Mais sans avoir de rapport avec ou quoi que ce soit ! Et je m'entends mieux avec les plus âgés que moi. Depuis enfant, c'est comme ça.* ». Ceci peut s'apparenter à un comportement séducteur et de nouveau à la non-résolution du conflit œdipien.

Elle explique avoir le souhait de « *s'engager dans une association* ». Actuellement, elle travaille trois heures par semaine : « *Je fais le ménage chez une dame mais je m'estropie à chaque fois. C'est que trois heures, je ne pourrais pas plus. Ah non, j'ai trop mal ! Je ne suis pas dépensière donc j'ai pas besoin de beaucoup de revenus.* ».

Edwige souhaite ajouter un élément à ces entretiens : « *J'ai peur de mes rêves. Je me vois tout le temps essayer d'aller vers les gens mais je n'y arrive pas. Je n'arrive pas à ouvrir les yeux. Et je me perds alors que je connais par cœur la ville mais je me perds. C'est comme si je voyais les deux Edwige, celle d'avant et celle d'après. Vous pouvez me dire ce que ça signifie ?* ». La première partie du rêve peut traduire une conflictualité œdipienne, exprimée par un va et vient entre le désir et l'interdit, tandis que la seconde partie du rêve pourrait de nouveau refléter une angoisse de perte d'objet.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach d'Edwige, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 17, p 505.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Comme ce que Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974), affirmaient au sujet des protocoles de patients présentant une structure de personnalité hystérique, le TRI est

extratensif ($TRI = 3K / 5,5 \Sigma C$) ; il y a moins de réponses FC que de réponses CF et C ($FC=0$; $CF=2$; $C=1$) ; le G% est bas ($G\%=13$) ; le nombre total de réponses R est proche des normes habituelles ($R=24$) ; les réponses estompage EF ou E sont présentes ($E=1$ et $EF=1$) ; et les réponses Dd et Dbl sont rares ($Dd=2$ et $Dbl=0$).

En revanche, il y a plus de deux réponses kinesthésiques K ($K=3$) ; le F+% est légèrement supérieur à 60 ($F+\%=61$) ; et il n'y a aucun refus.

b) D'un point de vue qualitatif.

Edwige est sensible au contenu latent de quatre planches (III, IV, IX et X) du test de Rorschach. La sensibilité est partielle au contenu latent de quatre autres planches (I, II, VI et VIII) et une absence de sensibilité au contenu latent de deux planches (V et VII) est constatée. Dans les protocoles des patients présentant une structure de personnalité hystérique, nous observons généralement une bonne sensibilité au contenu latent de la majorité des planches, ce qui est le cas ici si nous cumulons les planches auxquelles une bonne sensibilité et une sensibilité partielle au contenu latent est perçue.

Les réponses d'Edwige révèlent plus de représentations de soi unitaires que non unitaires (quinze représentations de soi unitaires, neuf représentations de soi non unitaires) et seulement une représentation de soi est sexuée. Il ne semblerait donc pas que l'unité corporelle soit atteinte. Notons que certaines réponses témoignent d'une légère fragilité des assises narcissiques : de la dévalorisation apparaît à trois reprises (Autocrit et Crit obj à la planche III et Crit obj à la planche IX), en revanche, le blanc n'est jamais intégré aux réponses.

Concernant les mécanismes de défense, Edwige utilise principalement le recours à l'imaginaire (3 K, 4 kan et 1 kob), le recours à la réalité et la dramatisation. Elle utilise également la projection d'affects dépressifs, le refoulement (quatre banalités correctement perçues), la projection dans le réel du danger pulsionnel et la dévalorisation. Elle utilise plus ponctuellement, la projection des pulsions agressives, l'identification projective, la régression (réponse Henf à la planche IX) et l'inhibition. Ajoutons que lors de l'enquête, elle a de nouveau recours à la dramatisation. Ces différents mécanismes ne semblent pas être suffisamment efficaces puisqu'Edwige obtient un indice d'anxiété élevé ($IA\% = 15$) et la

Analyse des données cliniques d'Edwige.

dynamique intra-planche est régrédiente à six planches et donc progrédiente à seulement quatre planches du test. Ceci peut s'avérer assez logique au vu de l'instabilité de l'organisation de base actuelle de sa personnalité.

L'angoisse de castration est fortement présente dans le protocole d'Edwige. Elle est perceptible à huit planches sur dix. Ceci est caractéristique des structures de personnalité hystérique. L'angoisse de castration transparait, à travers : la thématique phobique et la référence phallique dès la planche I ; les chocs R, les réponses « *sang* », « *taches de sang* » et les références phalliques aux planches II et III ; la réponse KClob associée à une imago puissante et dangereuse et la projection dans le réel du danger pulsionnel à la planche IV ; la réponse C'Clob et la thématique phobique angoissante à la planche V ; le refus de la planche VI dans un premier temps, puis la réponse C'Clob, la symbolisation d'une image dangereuse, la projection dans le réel du danger pulsionnel et les références phalliques à cette même sixième planche ; la remarque sur l'absence de « *grande queue* » des animaux perçus à la planche VIII ; et à travers la thématique phobique et les références phalliques perçues à la dernière planche.

A noter également que l'angoisse de perte d'objet se dégage des réponses d'Edwige à trois planches. Elle apparait à travers la thématique de séparation aux planches II et III et à travers le désir d'union, l'évocation du lien, à la planche X. Lors de la méthode associative de la planche V, une difficulté de séparation est perceptible et révèle de nouveau une angoisse de perte d'objet.

La non-résolution du conflit œdipien, caractéristique des structures névrotiques, fait surface lors de l'enquête des limites, où Edwige choisit la planche IV pour représenter sa mère car elle la considère comme « *un monstre* » et ne parvient à attribuer une planche à son père, tant « *il était adorable et gentil* ». Lors de la méthode associative, une colère à l'égard de sa mère apparait à la planche III, traduisant la réactivation de la rivalité œdipienne.

Une difficulté d'identification sexuelle apparait dans le protocole d'Edwige, ce qui est également caractéristique des structures de personnalité hystériques. Cette difficulté se manifeste aux planches III, VII et X, par l'incapacité d'Edwige à donner une identité sexuelle aux personnages qu'elle voit : « *des êtres humains* » à la planche III ; « *un personnage* » et « *la même personne* » à la planche VII et « *des petites personnes* » à la planche X. A ceci, s'ajoute le fait que la seule représentation de soi sexuée qu'elle donne est masculine, à la

planche IV. Cette difficulté d'identification sexuelle est également confirmée par « *les hippocampes* » perçus à la planche X, animal pouvant mener à la confusion puisqu'il s'agit du mâle qui porte les œufs. Enfin, elle choisit la planche phallique pour représenter sa mère, ce qui peut témoigner de nouveau d'une difficulté à définir les identités sexuelles.

Concernant les relations d'objet, Edwige perçoit de huit kinesthésies et cinq tendances kinesthésiques. Sept d'entre-elles renvoient à des relations névrotiques, de niveau œdipien-génital, dont une est de type opposition-compétition [planche II (R3)], quatre de type va-et-vient entre désir et interdit [planche III (R6), planche VI (R11), planche IX (R19) et planche X (R22)], une de type interaction positive [planche III (R7)] et une de type agressive sexuelle [planche IV (R9)]. Six réponses renvoient, en revanche, à des relations d'objet de niveau limite-narcissique, dont trois kinesthésies de posture [planche I (R1) ; planche VII (R15) et planche X (R21)], une relation d'emprise [planche V (R10)] et deux relations anaclitiques [planche VIII (R18) et planche X (R23)].

Nous constatons donc, chez Edwige, une oscillation constante entre des relations d'objet œdipiennes et des relations d'objet anaclitiques.

Enfin, Edwige présente de bonnes capacités de symbolisation et une attractivité du phallique est constatée, car le masculin-phallique est bien plus souvent symbolisé que le féminin-maternel, ce qui confirme de nouveau l'hypothèse d'une structure névrotique. Elle symbolise par exemple le masculin-phallique aux réponses R1, R3, R7, R9, R12 ou encore R14, R16, R18, R19, R21 et R22 ; le féminin-maternel à R8, R16 et R19. La pulsion agressive n'est pas symbolisée, mais apparaît de façon crue aux réponses R2, R5, R9 ou encore R11.

Pour conclure, l'angoisse de castration massive, la présence d'un conflit œdipien, la difficulté d'identification sexuelle, les nombreuses relations d'objet névrotiques, de niveau œdipien-génital, et l'attractivité du phallique, présents dans le protocole d'Edwige, permettent de confirmer l'hypothèse de structure névrotique hystérique.

Malgré une tendance à la somatisation mise en avant dans l'anamnèse, le protocole du test de Rorschach présente un versant phobique : l'indice d'angoisse est supérieur aux normes de l'échantillonnage, des thématiques phobiques apparaissent comme aux planches I et X, ainsi qu'à la méthode associative des planches II et X ; il semblerait donc qu'Edwige présente davantage une structure hystéro-phobique, qu'une structure d'hystérie de conversion.

Analyse des données cliniques d'Edwige.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 d'Edwige constitue l'annexe 18, p 513.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Tout d'abord, notons qu'Edwige a obtenu un score dans les normes de l'échantillonnage à l'échelle clinique d'hystérie (3-Hy=61) ; selon le MMPI-2, elle n'aurait donc pas de réactions hystériques. En revanche, elle obtient des scores élevés aux sous-échelles Harris-Lingoes Hy3 (Hy3=71) et Hy4 (Hy4=77), ce qui témoigne de l'existence anormale de préoccupations somatiques. Ceci est confirmé par les scores élevés obtenus à l'échelle d'hypocondrie (1-Hs=76), ainsi qu'à la sous-échelle Harris-Lingoes D3 (D3=70). Le score obtenu à l'échelle de contenu HEA (HEA=68) indique qu'Edwige refuse de se voir en bonne santé. Ce dernier point peut-être une première indication de la tendance à la dramatisation, ainsi qu'à la quête perpétuelle d'attention des patients hystériques.

Des résultats témoignent également de la présence d'affects dépressifs (D5=68 ; Sc2=76), ce qui peut être observable chez les personnes présentant une structure de personnalité hystérique.

De plus, il semblerait qu'Edwige rejette le rôle traditionnel de la femme (5-Mf=77), ce qui peut, mais pas nécessairement, témoigner de difficultés d'identification sexuelle.

Plusieurs résultats permettent de décrire Edwige comme une femme extravertie (0-Si=42 ; Ma3=69 ; Si1=44 ; Si2=37 et Si3=47), mais d'autres résultats indiquent qu'elle ne se sent pas suffisamment soutenue par son entourage, qu'elle se sent incomprise (Pd1=68 ; Pa1=69), ce qui peut être mis en parallèle avec le besoin permanent des patients hystériques de recevoir attention et amour.

Le score obtenu à l'échelle de contenu FRS (FRS=75) décrit Edwige comme une femme craintive, aux peurs multiples et phobies spécifiques. Ceci rejoint l'hypothèse de structure hystéro-phobique, mise en évidence par le protocole du test de Rorschach.

Enfin, les réponses d'Edwige et les scores obtenus témoignent, là-aussi, d'une tendance à la dramatisation, au théâtralisme. Edwige laisse par exemple 106 items sans réponse, expliquant qu'il est trop difficile de faire de tels choix. Les scores obtenus aux échelles de validité F et Fb (F=75 ; Fb=85) indiquent une tendance à l'exagération des difficultés psychologiques, pour tenter d'attirer l'attention. Ceci est confirmé par le score obtenu à l'échelle K (K=37) qui atteste de cette même tendance à l'exagération et d'une volonté de se montrer sous un jour défavorable, certainement dans le même but d'attirer l'attention.

De ce fait, le protocole MMPI-2 d'Edwige est en partie invalide et les interprétations des échelles cliniques, des sous-échelles Harris-Lingoes, des échelles de contenu et supplémentaires sont du coup remises en question. La tendance à l'exagération, ainsi qu'à la dramatisation, est la seule donnée certaine.

b) D'un point de vue qualitatif.

Le conflit œdipien apparaît distinctement dans les réponses d'Edwige. Cette dernière répond aimer son père (item 90) et non, sa mère (item 276) ; que son père est un brave homme (item 6) tandis que sa mère n'est pas une brave femme (item 192).

En revanche, aucune difficulté d'identification sexuelle n'émerge de ses réponses. À l'item 62, Edwige dit n'avoir jamais regretté être une fille et à l'item 371, elle répond n'avoir jamais désiré être de l'autre sexe.

Concernant son mode de relation aux autres, Edwige dit être terriblement blessée par les critiques et réprimandes (item 127), dit aimer parler de sexe (item 209) et s'efforcer d'être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés et critiques (item 492). Ceci peut alors témoigner d'une érotisation des relations, ce qui est caractéristique des fonctionnements des structures hystériques. En revanche, elle laisse sans réponse l'item 189 et n'indique donc pas si elle « aime flirter » ou non, et dit ne pas se soucier de son apparence extérieure (item 220).

Les réponses d'Edwige ne laissent pas transparaître de régression. A l'item 348, elle répond qu'elle ne souhaiterait pas être de nouveau une enfant.

Analyse des données cliniques d'Edwige.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Les données anamnestiques ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette première hypothèse.

Au test de Rorschach, les réponses d'Edwige peuvent révéler une difficulté d'identification sexuelle, notamment aux planches III, VII et X car elle se trouve dans l'incapacité de donner une identité sexuelle aux personnages qu'elle perçoit. De plus, l'unique représentation de soi sexuée qu'elle donne est masculine (planche IV) et elle donne une représentation de soi pouvant être considérée comme bisexuelle, en donnant la réponse « *hippocampes* », à la planche X. Un dernier élément confirme cette hypothèse, lorsqu'Edwige choisit la planche phallique pour représenter sa mère, ceci peut témoigner de nouveau d'une difficulté d'identification sexuelle.

Le MMPI-2 ne confirme que très partiellement cette hypothèse puisqu'il semblerait qu'Edwige rejette le rôle traditionnel de la femme (5-Mf=77), ce qui peut éventuellement témoigner de difficultés d'identification sexuelle, mais en analysant qualitativement le protocole, aucun élément va en la faveur de cette hypothèse. Aucune difficulté d'identification sexuelle ne transparait : Edwige dit n'avoir jamais regretté être une fille et n'avoir jamais désiré être de l'autre sexe.

b) *Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.*

Certains éléments anamnestiques peuvent témoigner d'une angoisse de perte d'objet, tel est le cas lorsqu'Edwige pleure en évoquant les conflits avec sa fille et sa crainte de ne pas se réconcilier avec elles, ou encore lorsqu'elle raconte ses rêves dans lesquels elle ne parvient à rejoindre les personnes car elle se perd.

En revanche, dans le protocole du test de Rorschach, l'angoisse de castration est massive. Elle se manifeste à huit planches sur dix, par des thématiques phobiques aux planches I et X ; via les chocs R, les réponses « *sang* », « *taches de sang* » aux planches II et III ; la réponse KClob associée à une imago puissante et dangereuse et la projection dans le réel du danger pulsionnel à la planche IV; la réponse C'Clob et la thématique phobique angoissante à la planche V ; le refus dans un premier temps, puis la réponse C'Clob, la symbolisation d'une image dangereuse et la projection dans le réel du danger pulsionnel à la

planche VI ; et par la remarque sur l'absence de « *grande queue* » des animaux perçus à la planche VIII. Enfin, les nombreuses références phalliques tout au long des réponses peuvent également attester de la présence de l'angoisse de castration. Cette hypothèse est donc validée. Il est toutefois à relever que l'angoisse de perte d'objet se retrouve à trois planches, à travers la thématique de séparation, le désir d'union, l'évocation du lien, aux planches II, III et X.

Le MMPI-2, quant à lui, ne permet pas de mettre à l'épreuve cette deuxième hypothèse.

c) *Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.*

L'anamnèse confirme cette hypothèse. La non-résolution du conflit œdipien peut apparaître dans le choix d'Edwige d'un premier compagnon de huit ans son aîné, dans la rivalité qu'elle semble instaurer avec ses filles, lorsqu'elle admet ne « *pas être gentille* » parfois. Le conflit œdipien apparaît plus clairement lorsqu'elle parle de ses parents, lorsqu'elle rejette sa mère, dit qu'elle n'aura pas de peine lorsque celle-ci mère décèdera alors que le décès de son père l'a plongée dans la dépression. Elle semble éprouver une réelle colère contre sa mère et apporter un soutien sans faille à son père. Elle utilise un terme affectueux pour parler de ce dernier et un terme neutre pour parler de sa mère. Enfin, elle se considérait comme une « *deuxième petite maman* », ce qui peut renvoyer au fantasme œdipien de constituer le couple parental avec son père et d'évincer sa mère. Elle ajoute avoir plus de facilité à côtoyer des hommes, principalement plus âgés qu'elle. Ce dernier point témoigne de nouveau d'un conflit œdipien non résolu, tout comme ses rêves révélant un va-et-vient entre désir et interdit. Cette hypothèse est confirmée

Les réponses apportées au test de Rorschach, notamment à l'enquête des limites, attestent également de la non-résolution du conflit œdipien, car Edwige choisit la planche IV pour représenter sa mère qu'elle estime comme « *un monstre* » et ne parvient à attribuer à une planche à son père, tant « *il était adorable et gentil* ». Lors de la méthode associative, une colère à l'égard de sa mère apparaît à la planche III, ce qui confirme également cette hypothèse.

Au MMPI-2, le conflit œdipien apparaît distinctement dans les réponses d'Edwige car elle dit aimer son père, mais pas sa mère et considère son père, brave, contrairement à sa mère.

Analyse des données cliniques d'Edwige.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Certains des comportements d'Edwige témoignent d'une tendance à la séduction. Une de ses formulations l'atteste par exemple, lorsqu'elle souhaite voir son psychiatre pour lui « *montrer des parties de son corps* », afin qu'il constate en fait des blessures conjugales. La tendance à mieux s'entendre avec les hommes peut également être mis en parallèle avec une certaine séduction. Le recours à la somatisation témoigne, quant à lui, d'un besoin d'attirer l'attention et sympathie d'autrui.

Au test de Rorschach, Edwige perçoit de nombreuses kinesthésies. Sept d'entre-elles renvoient à des relations névrotiques, de niveau œdipien-génital et six réponses renvoient à des relations d'objet de niveau limite-narcissique. Il y a donc une oscillation entre des relations d'objet œdipiennes et des relations d'objet anaclitiques. Cette hypothèse n'est donc que partiellement confirmée.

Les scores obtenus aux différentes échelles du MMPI-2 confirment cette hypothèse puisqu'ils peuvent révéler une quête d'attention à travers par exemple le refus de se voir en bonne santé. Plusieurs scores permettent également de décrire Edwige comme une femme extravertie, mais comme ne se sentant pas suffisamment soutenue par son entourage, se sentant incomprise, ce qui peut s'apparenter à un besoin constant de recevoir attention et amour. Ce besoin d'attirer l'attention se retrouve également à travers la tendance à amplifier ses difficultés psychologiques, la tendance à se montrer sous un jour défavorable, dans le but d'attirer l'attention. Elle dit également être terriblement blessée par les critiques et réprimandes, aimer parler de sexe et s'efforcer d'être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés et critiques. Ceci peut de nouveau confirmer une érotisation des relations.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Certains des comportements d'Edwige lors du recueil des données anamnestiques témoignent d'une tendance à la théâtralisation, notamment lorsqu'elle évoque ses différentes douleurs. Cette dernière hypothèse est donc en partie validée.

Le test de Rorschach indique qu'Edwige utilise principalement le recours à l'imaginaire, le recours à la réalité et la dramatisation. Elle utilise également la projection d'affects dépressifs, le refoulement, la projection dans le réel du danger pulsionnel et la dévalorisation ; et plus ponctuellement, la projection des pulsions agressives, l'identification projective, la régression et l'inhibition. De nouveau, l'hypothèse est partiellement confirmée.

Enfin, le MMPI-2 confirme le recours à la dramatisation, à la théâtralisation, les scores obtenus aux échelles de validité indiquant une tendance à l'exagération. En revanche, les réponses d'Edwige ne laissent pas transparaître de régression.

VII – Analyse des données cliniques d'Elisabeth.

1. Anamnèse.

Elisabeth est une enseignante retraitée, âgée de 77 ans. Elle bénéficie d'un suivi psychiatrique, ainsi que d'un suivi auprès d'une infirmière psychiatrique, pour une symptomatologie anxio-dépressive. Les médecins ajoutant à ceci une hypothèse de personnalité histrionique, la recherche a été proposée à Elisabeth.

Elisabeth est une femme à l'allure soignée. Lors de la première rencontre, dans la salle d'attente, elle pousse de longs soupirs et se rattrape au pilier en évoquant un étourdissement dû à la trop grande chaleur. Ce premier comportement théâtral commence à confirmer l'hypothèse d'un trait de personnalité hystérique. Cette théâtralité persiste lorsqu'à l'entrée dans le bureau de consultations, de nouveau Elisabeth pousse de longs soupirs, soupirs qui rythmeront tout l'entretien, et avec humour, dit qu'elle va faire « *un petit strip-tease car j'ai vraiment chaud.* ». Cette dernière remarque peut révéler une tendance à l'érotisation de la relation.

Les entretiens pour recueillir les éléments anamnestiques ont été difficiles à mener, Elisabeth rapportant systématiquement la moindre chose à son fils et la relation amoureuse actuelle de ce dernier. De nouveau, se pose la question de l'érotisation et s'ajoute à ceci une dynamique œdipienne avec cette triangulation œdipienne présente tout au long des entretiens.

Elle a un fils de 49 ans, qu'elle semble voir plusieurs fois par semaine : « *Le fils prenant de l'âge, il attrape le caractère du père. [...] Il est homosexuel. Je l'avais pressenti. Je l'ai donc bien pris. Il me l'a dit quand il avait 17 ou 18 ans. Son père l'avait déjà rejeté. Il a un compagnon, depuis douze ans, qui doit être autiste car il n'ouvre jamais le bec ! J'essaie de communiquer avec lui mais il ne répond jamais. Les échanges se font qu'entre mon fils et moi. Enfin avec mon fils, on ne parle que de la pluie et du beau temps. J'étouffe.* ». Elle se plaint d'une relation de plus en plus distante avec son fils et explique avoir « *toujours eu une*

relation complice avec mon fils, mais cette relation se distancie depuis qu'il est avec son compagnon actuel. Mon ex-mari ne supportait pas la tendresse que je pouvais apporter à mon fils. ». De nouveau, Elisabeth dépeint une dynamique œdipienne lorsqu'elle évoque la ressemblance entre son fils et ex-mari ou encore lorsqu'elle évoque une relation complice avec son fils qui s'atténue avec l'arrivée d'une troisième personne. Elle fera par ailleurs un lapsus révélateur de cette dynamique : *« J'interprétais les dessins de mes élèves, c'était facile en maternelle, pour comprendre ce qu'ils pensaient. Mon père, euh mon fils je veux dire ! Il dessinait son père comme le croque-mitaine. »*.

Concernant sa vie amoureuse, après un mariage de quinze ans, Elisabeth est maintenant divorcée depuis trente-trois ans. Elle aurait toujours entretenu un lien avec son ex-mari pour son fils. Elle ajoute *« L'état de mon ex-mari se dégradait donc je le recevais (il souffrirait d'une maladie dégénérative). Ce porc a profité de mon sommeil pour me voler mes relevés bancaires ! Je l'ai reçu plusieurs fois. Il venait le midi et repartait le lendemain. Sa maitresse l'avait jeté, je l'avais reçu. »*. Elle décrit son ex-mari comme *« un pervers narcissique comme on dit aujourd'hui. Il avait l'art de l'emprise, de vouloir avoir l'ascendant sur tout le monde. »*.

Elle explique qu'après son divorce, elle a *« connu des messieurs, des périodes de cohabitation. Mais j'étais cassée quelque part... Je n'ai jamais vraiment refait ma vie amoureuse. Cela fait dix ans que tout est terminé. Après avoir quitté mon mari, j'ai su ce qu'était le véritable amour, aussi bien physique que moral. Le dernier est mort en tombant du cerisier. »*. Elisabeth évoque également brièvement des relations avec des hommes avant son mariage. Lors d'un autre entretien, elle raconte : *« J'ai rencontré un papy de 80 ans, veuf depuis deux ans, il y a quelques semaines. Ce qu'il cherche, c'est manger car sa femme cuisinait bien. Je n'ai pas voulu le blesser donc je lui ai dit qu'il paraissait beaucoup plus jeune donc qu'il lui fallait quelqu'un de plus jeune que moi. [...] J'avais répondu à une annonce dans le journal. [...] Sa femme devait être très soumise, elle a dû avoir les cornes et devait être la bobonne à la sousoupe. Il n'est pas vilain pour son âge, bel homme ! »*. Elle raconte alors en détail ce *« rendez-vous d'une heure et demie dans la voiture »* et ajoute *« il m'a téléphoné mais je ne suis pas intéressée. Il y a quelques mois, j'avais rencontré un autre homme, fraîchement veuf. Il faisait que de pleurer sa pauvre femme. Je l'ai invité à manger mais j'ai vite compris que ça n'irait pas et il a vite compris que je ne ferai pas d'aussi bonnes blanquettes que sa femme. Je suis encore mieux avec ma solitude qu'en présence d'un compagnon qui ne pense qu'à bouffer. »*.

Analyse des données cliniques d'Elisabeth.

Au sujet de sa vie sociale, Elisabeth fait part de beaucoup d'insatisfaction des gens qui l'entourent. Elle explique avoir « *très peu de relations, peu d'amis. Je n'ai plus que mon fils.* ». De nouveau, elle se réfère à son fils, qui occupe une place centrale dans sa vie actuelle. Elisabeth souhaite par ailleurs, dans une quête d'attention, de plus en plus être mise sous curatelle, car dit avoir « *besoin d'une personne qui prenne soin d'elle* » et pense que son fils ne tiendra pas ce rôle. Elle ajoute : « *Je côtoie trois femmes dans mon immeuble, deux sont des commères et une est dépressive. Je la reçois quand même le soir pour boire la tisane et on discute. J'ai toujours eu un côté Saint Bernard. J'ai besoin d'écouter quand quelqu'un ne va pas bien, j'ai besoin d'aller vers lui.* ».

Elle dit s'entendre davantage avec les femmes car « *les pulsions sexuelles des hommes sont aussi vives avec l'âge. C'est d'ailleurs pour cette raison que j'ai arrêté d'aller aux thés dansants alors que j'aimais. J'en avais marre que l'on me souffle dans les oreilles et me caresse le dos ! Jusqu'au dernier souffle, je pense que les hommes auront des pulsions. Mais qu'est-ce qui peut être satisfaisant pour moi d'être avec un homme qui n'a plus d'érection ? Je ne veux pas être égoïste mais il y a peu d'intérêt pour moi. Je ne veux pas être celle qui fait le lit et raccommode les chaussettes !* ».

Au niveau familial, Elisabeth est fille unique. Ses parents sont décédés, sa mère, il y a une dizaine d'années, et son père, il y a 45 ans, d'un cancer des poumons : « *C'était un grand fumeur. Moi, je ne fume pas. J'ai un peu fumé à 20 ans mais c'était plus pour le geste. J'avais le gosier sec, la bouche amère. Ça ne m'apportait rien !* ». Elle décrit sa mère comme « *dominante, très autoritaire* » et son père comme un homme « *qui s'écrasait* ».

Concernant son enfance, elle explique que « *Maman ne voulait pas d'enfant car elle s'était occupée toute sa jeunesse de ses frères et sœurs car elle était l'aînée. Je suis née après neuf ans de mariage. J'étais un accident. Ce sont mes grands-parents maternels qui m'ont élevée. J'ai reçu beaucoup d'amour d'eux. Mon père n'osait pas me donner de l'amour. Il venait d'une famille protestante germanique donc réserve obligée ! Je n'ai jamais eu l'amour d'une mère non plus. Je me réfugiais alors chez mes grands-parents. Ma grand-mère a su m'ouvrir, m'a fait découvrir plein de belles choses. Par contre, ma mère a eu beaucoup d'affection envers mon fils, contrairement à ce que j'ai reçu. [...] J'ai des souvenirs formidables avec mes grands-parents. Mais avec ma mère, ouille...* ». A la vue de ces antécédents, pourrait se poser l'hypothèse de la présence d'une éventuelle angoisse de séparation.

Sur le plan somatique, Elisabeth semble être dans la somatisation, semble laisser son corps traduire des maux davantage psychiques, ce qui se retrouve dans les structures de personnalité hystérique. Elle décrit un « *nomadisme médical* », des multitudes d'examens médicaux qui « *donnent rien. C'est de l'angoisse.* ».

Elle a fait une chimiothérapie, il y a une dizaine d'années, suite à un lymphome. Après des recherches faites sur internet, elle pense faire une récurrence et dit qu'elle aurait désormais un myélome. Pour le moment, aucun test médical ne vient confirmer cette crainte.

Elle ajoute avoir « *de l'arthrose un peu partout mais c'est dû à l'âge ! J'ai mal au foie aussi, dès que je mange un peu gras. J'ai fait une échographie pour savoir. Le compagnon de mon fils cuisine trop gras. Je vomis après, quand je mange chez eux. Mais ce n'est pas psychique !* ». Plus tard dans l'entretien, elle dira toutefois que « *les douleurs physiques sont liées au moral aussi. Souvent même ! J'ai des crampes, des nœuds dans la tuyauterie par moment.* ». Elle évoque également des céphalées, des « *acouphènes quasi permanents. Je les entends encore plus quand j'ai mal aux jambes. Ça doit être lié à la circulation.* » et parfois des douleurs aux jambes et ajoute « *J'ai la tête qui s'embrouille par moment. Je fais des malaises. C'est peut-être le stress. Ma tête fout le camp mais personne ne prend en compte cette doléance.* ». Cela peut de nouveau témoigner d'une quête d'attention et du recours à la somatisation. Elle ajoute lorsque : « *Je m'étais tordue le pied. Je me suis trouvée mal soignée. Je ne suis pas satisfaite de mon médecin. Je ne pouvais plus marcher, plus me chausser. J'ai boité pendant un mois et demi, maintenant j'ai des douleurs dans la hanche et elle n'a rien fait.* ». Elle est de nouveau dans la plainte somatique et fait part d'un sentiment d'incompréhension.

Ajoutons qu'Elisabeth a manqué plusieurs rendez-vous, toujours en s'excusant, et qu'il était toujours difficile de convenir d'une nouvelle date, Elisabeth se faisant désirer. Cela peut constituer un dernier indice en faveur d'une structure de personnalité hystérique.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach d'Elisabeth, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 19, p 517.

Analyse des données cliniques d'Elisabeth.

a) D'un point de vue quantitatif.

Très peu des critères de l'hystérie au test de Rorschach, énoncés notamment par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974), se retrouvent dans le protocole d'Elisabeth. Le nombre total de réponses est effectivement proche des normes ($R=19$) et les réponses Dd et Dbl sont rares, puisque inexistantes.

Mais contrairement aux critères donnés par ces auteurs, le TRI n'est pas extratensif ($TRI=5K/0.5 \Sigma C$), il y a donc plus de deux réponses kinesthésiques. Il n'y a pas de réponses FC, C ou CF, le $F+\%$ n'est pas compris entre 50 et 60 ($F+\%=67$), le $G\%$ n'est pas bas ($G\%=47$), les réponses EF et E sont absentes du protocole d'Elisabeth et il n'y a pas de refus.

b) D'un point de vue qualitatif.

L'hypothèse de structure de personnalité hystérique est validée par le protocole Rorschach d'Elisabeth, d'un point de vue qualitatif.

Elisabeth est plus ou moins sensible au contenu latent des planches du Rorschach : bonne sensibilité au contenu latent de cinq planches (planches I, III, IV, V et VI), sensibilité partielle au contenu latent de deux planches (II et X) et absence de sensibilité au contenu latent de trois planches (VII, VIII et IX).

Elisabeth donne treize réponses dans lesquelles les représentations de soi sont entières et unitaires et six réponses renvoyant à des représentations de soi non unitaires. Ces résultats peuvent alors interroger sur une légère atteinte de l'unité corporelle qui pourrait s'expliquer par l'âge d'Elisabeth et les problèmes somatiques que celle-ci a pu évoquer précédemment. Ses assises narcissiques ne semblent pas fragilisées outre mesure malgré le recours à la dévalorisation comme mécanisme de défense à deux reprises (Autocrit à la planche II et Crit obj à la planche V). En revanche, Elisabeth est capable de donner huit représentations de soi sexuées, cette capacité se retrouve dans les protocoles des structures hystériques.

Concernant les mécanismes de défense, Elisabeth utilise principalement le recours à l'imaginaire (5 K et 2 kan), le refoulement (six banalités bien perçues), la régression

(réponses (H) faisant référence à des personnages de conte aux planches III, IV, VII et IX, régression passive à la planche VI) et le recours à la réalité. Elle utilise également la projection dans le réel du danger pulsionnel, accompagnée de la défense contra-phobique, l'inhibition (R bas), le recours à l'agir, la projection de l'agressivité, la dévalorisation et tente d'avoir recours à l'intellectualisation. Ces mécanismes de défense permettent à Elisabeth d'obtenir un indice d'angoisse dans les normes de l'échantillonnage ($IA\%=10$). Ajoutons que la dynamique intra-planche est progrédiente à cinq planches du test et régrédiente aux cinq autres.

L'angoisse de castration est dominante dans ce protocole, ce qui confirme l'hypothèse d'une structure de personnalité hystérique. Elle est notamment perceptible aux planches I, III, IV, V, VI et IX. Cette angoisse est effectivement perceptible dès la première planche : Elisabeth tente de s'en protéger en donnant la réponse « *Masque* », après avoir donné plusieurs références phalliques dans un premier temps. L'angoisse de castration, de nouveau présente aux planches III, IV, V et IX, est révélée par la symbolisation de la puissance phallique, ainsi que par la projection dans le réel du danger pulsionnel suivie d'une défense contra-phobique. A la planche VI, l'angoisse de castration est perceptible dans l'interprétation de la partie phallique en un contenu neutre. Enfin, à l'enquête des limites, la référence au « *Sang* » à la planche II, peut également témoigner de l'angoisse de castration.

Notons également la réactivation de l'angoisse de morcellement à la planche VIII, à laquelle Elisabeth donne des réponses aux contenus anatomiques mal perçus formellement. Cette référence à des contenus anatomiques peut être associée et expliquée par les différentes plaintes somatiques d'Elisabeth.

La présence d'un conflit œdipien non résolu, autre caractéristique des structures névrotiques hystériques, se retrouve dans le protocole d'Elisabeth, lorsque celle-ci est par exemple insensible au contenu latent des deux planches maternelles (planches VII et IX), alors qu'elle est sensible au contenu latent des planches à la symbolique phalliques (planches IV et VI). Le fait qu'Elisabeth rejette la planche IV à l'enquête des limites, alors qu'elle a choisi cette même planche pour représenter sa mère, témoigne de nouveau de la présence d'un conflit œdipien. Ceci est confirmé par la réponse qu'Elisabeth donne à la méthode associative de la planche II, réponse pouvant témoigner d'une conflictualité œdipienne.

Analyse des données cliniques d'Elisabeth.

Une difficulté d'identification sexuelle apparaît également dans le protocole d'Elisabeth, à travers les sept représentations de soi masculines données, contre seulement une représentation de soi féminine. Les représentations de soi masculines sont : « *des africains* » et « *le père Fouettard* » à la planche III, « *l'ogre* » à la planche IV, « *un méchant* » à la planche V, « *deux petits lutins* » à la planche VII et « *deux silhouettes de cerf* » et « *une espèce de monstre* » à la planche IX ; tandis que la représentation de soi féminine est : « *deux femmes* » à la planche III. Notons qu'à la planche III, Elisabeth perçoit dans un premier temps « *deux africains* », puis dans un second temps « *Oui peut-être deux femmes. Deux femmes même plutôt* », ce qui peut illustrer une lutte contre un conflit d'identification sexuelle. De plus, la mère est décrite comme une mère phallique à l'enquête des limites, ce qui peut de nouveau questionner la présence d'une difficulté d'identification sexuelle.

Concernant les relations d'objet, Elisabeth donne cinq kinesthésies renvoyant à une relation d'objet de niveau œdipien-génital, de type interaction positive aux planches II et III, ainsi que de type opposition-compétition aux planches VII et IX.

Notons qu'Elisabeth donne également deux kinesthésies de posture, aux planches V et VI, kinesthésies témoignant d'une relation d'objet renvoyant à une position de repli narcissique.

De plus, Elisabeth présente de bonnes capacités de symbolisation. Elle symbolise correctement le masculin-phallique (R1, R5, R15 et R19), le féminin-maternel (R6, R11) ainsi que la pulsion agressive (R2, R7, R8, R15, R16 et R18).

Pour résumer, le recours au refoulement ainsi qu'à la régression, la dominance de l'angoisse de castration, le conflit œdipien et la difficulté d'identification sexuelle perceptibles dans le protocole d'Elisabeth, permettent de confirmer l'hypothèse de structure névrotique hystérique.

Les mécanismes de défenses utilisés par Elisabeth, les réponses Clob aux planches III, IV, V et IX et la thématique phobique apparaissant à la planche I (R2) donnent un versant phobique au protocole Rorschach et orientent alors l'hypothèse vers une structure hystérique caractérisée par l'angoisse.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 d'Elisabeth constitue l'annexe 20, p 525.

a) D'un point de vue quantitatif.

Elisabeth a laissé un grand nombre d'items sans réponse, ce qui rend le protocole invalide et témoigne d'une grande défensivité face à la situation de test.

Malgré cette invalidité du protocole, notons qu'Elisabeth semble avoir des préoccupations somatiques (1-Hs=78), semble présenter des affects dépressifs (2-D=68), avoir des réactions dites hystériques face à des situations de stress (3-Hy=77), et être anxieuse (7-Pt=67). Elisabeth ne rencontrerait pas de difficultés à créer de nouvelles relations sociales (0-Si=52). Ceci peut confirmer l'hypothèse d'une structure de personnalité hystérique, malgré l'invalidité du protocole, tout comme le fait que les deux scores les plus élevés soient obtenus aux échelles cliniques d'hypocondrie et d'hystérie. En effet, Elisabeth semble présenter de nombreuses préoccupations et plaintes somatiques. Celles-ci peuvent également être mises en lien avec l'âge d'Elisabeth et ne sont donc pas seulement explicables par sa structure de personnalité.

En revanche, il semblerait qu'elle accepte le rôle traditionnel attribué à la femme (5-Mf=45). Ce dernier résultat ne permet donc pas de nous questionner sur une éventuelle difficulté d'identification sexuelle.

b) D'un point de vue qualitatif.

Le conflit œdipien n'apparaît pas clairement dans les réponses d'Elisabeth. Cette dernière dit aimer sa mère (item 276) et son père (item 90) et que son père était un brave homme (item 6). Cependant, elle laisse la question demandant si sa mère était une brave femme sans réponse (item 192). Nous pouvons alors nous demander s'il s'agit d'un oubli involontaire ou volontaire. S'il est volontaire, confirmerait-il la présence d'un conflit œdipien non résolu.

Ses réponses ne témoignent d'aucune difficulté d'identification sexuelle. À l'item 62, elle répond n'avoir jamais regretté être une fille et à l'item 371, n'avoir jamais désiré être de

Analyse des données cliniques d'Elisabeth.

l'autre sexe.

Concernant son mode de relation aux autres, elle dit être terriblement blessée par les critiques et réprimandes (item 127) et s'efforcer à être toujours agréable, même lorsque les autres sont énervés et critiques (item 492). Ce fonctionnement peut alors être mis en parallèle avec la quête constante d'attention et affection d'autrui. En revanche, elle dit ne pas aimer flirter (item 189), ou encore ne pas se soucier de son apparence extérieure (item 220), ceci ne témoigne donc pas d'une érotisation des relations, pourtant caractéristique des structures de personnalité hystérique. Notons toutefois, qu'Elisabeth pense que lorsqu'un homme est avec une femme, il pense généralement à des choses qui se rapportent au sexe (item 436).

Enfin, l'une de ses réponses laisse transparaître de la régression, lorsqu'à l'item 348, elle répond qu'elle souhaiterait être de nouveau une enfant.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

L'anamnèse ne permet pas de mettre à l'épreuve cette première hypothèse.

Au test de Rorschach, une difficulté d'identification sexuelle apparaît à travers les sept représentations de soi masculines données par Elisabeth, contre seulement une représentation de soi féminine. De plus, Elisabeth perçoit, à la planche III, dans un premier temps « *deux africains* », puis dans un second temps « *Deux femmes même plutôt* », cela témoigne d'une lutte contre un conflit d'identification sexuelle. Enfin, la mère est décrite comme une mère phallique à l'enquête des limites, ce qui peut de nouveau questionner sur une éventuelle difficulté d'identification sexuelle. Le test de Rorschach permet donc de confirmer cette première hypothèse.

Ce n'est pas le cas du MMPI-2. Les réponses d'Elisabeth ne révèlent aucune difficulté d'identification sexuelle, elle semble accepter le rôle traditionnel attribué à la femme et dit n'avoir jamais regretté être une fille ou n'avoir jamais désiré être de l'autre sexe.

b) *Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.*

L'anamnèse ne permet pas de mettre en évidence la présence de l'angoisse de castration. En revanche, lorsqu'Elisabeth évoque son enfance et sa relation à sa mère,

l'hypothèse de la présence d'une éventuelle angoisse de perte d'objet peut se poser car elle explique ne pas être une enfant désirée et avoir manqué, dans son jeune âge, de l'amour parental.

Cette angoisse de perte d'objet n'apparaît pas au test de Rorschach, contrairement à l'angoisse de castration qui est dominante, ce qui confirme cette deuxième hypothèse. L'angoisse de castration apparaît à six planches. Elisabeth tente de s'en protéger, dès la première planche, en donnant la réponse « *Masque* », après avoir donné plusieurs références phalliques. L'angoisse de castration est révélée par la symbolisation de la puissance phallique, ainsi que par la projection dans le réel du danger pulsionnel suivie d'une défense contra-phobique, aux planches III, IV, V et IX. A la planche VI, elle est perceptible par l'interprétation de la partie phallique en un contenu neutre. Enfin, à l'enquête des limites, la référence au « *Sang* » à la planche II peut également témoigner de l'angoisse de castration.

Les éléments apportés par le MMPI-2 ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette hypothèse.

c) *Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.*

Tout au long de l'entretien, Elisabeth fera référence à une triangulation œdipienne, en rapportant la moindre chose à son fils et à la relation amoureuse actuelle de ce dernier. Elle se plaint également d'une relation de plus en plus distante avec son fils alors qu'elle semblait partager une complicité avec ce dernier, à tel point que son ex-mari en était envieux. Elle dépeint une dynamique œdipienne lorsqu'elle évoque la ressemblance entre son fils et ex-mari ou encore lorsqu'elle évoque cette relation complice avec son fils qui s'est atténuée avec l'arrivée d'une troisième personne. De plus, elle donne une description assez péjorative de sa mère alors qu'elle se remémore des souvenirs, avec son père, avec beaucoup d'émotion. Ces éléments peuvent permettre de valider cette troisième hypothèse portant sur le conflit œdipien non résolu.

Ce conflit œdipien irrésolu se retrouve également au test de Rorschach, lorsqu'Elisabeth est insensible au contenu latent des deux planches maternelles, alors qu'elle est sensible au contenu latent des planches à la symbolique phallique ; lorsqu'elle rejette, à l'enquête des limites, la planche choisie pour représenter sa mère ; et lorsqu'elle donne à la méthode associative de la planche II, une réponse pouvant témoigner d'une conflictualité œdipienne.

Le conflit œdipien n'apparaît en revanche, pas clairement, au MMPI-2. Elisabeth dit

Analyse des données cliniques d'Elisabeth.

aimer sa mère et son père, que son père était un brave homme, mais elle laisse la question demandant si sa mère était une brave femme sans réponse. Nous pouvons alors nous demander s'il s'agit d'un oubli involontaire ou volontaire. S'il est volontaire, il pourrait confirmer la présence d'un conflit œdipien non résolu.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Elisabeth témoigne, dès le début de l'entretien, d'une tendance à l'érotisation, lorsqu'elle dit avec humour qu'elle va faire « *un petit strip-tease* ». Comme dit précédemment, elle évoque sans cesse son fils et la relation amoureuse de ce dernier., ce qui pose également la question de l'érotisation. Elle fait également référence à plusieurs relations amoureuses, énumère diverses plaintes somatiques et témoigne de son souhait d'être mise sous curatelle. Ces éléments, pouvant témoigner d'une érotisation des relations, ainsi que d'une quête d'affection, confirment cette avant-dernière hypothèse.

Au test de Rorschach, elle donne majoritairement des kinesthésies renvoyant à une relation d'objet de niveau œdipien-génital, de type interaction positive et de type opposition-compétition. Ceci permet donc de confirmer cette hypothèse.

Le MMPI-2 permet également de confirmer cette hypothèse. Les résultats obtenus permettent de décrire Elisabeth comme une personne sociable. De plus, elle dit être terriblement blessée par les critiques et réprimandes et s'efforcer à être toujours agréable, même lorsque les autres sont énervés. Ce fonctionnement peut alors être mis en parallèle avec la quête constante d'attention et affection d'autrui. En revanche, elle dit ne pas aimer flirter ou encore ne pas se soucier de son apparence extérieure. Ceci ne témoigne donc pas d'une érotisation des relations.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Lors de l'entretien, Elisabeth a massivement recours à la théâtralisation, lorsqu'elle pousse par exemple de longs soupirs.

Le test de Rorschach révèle qu'elle utilise principalement le recours à l'imaginaire, le refoulement, la régression et le recours à la réalité. Elle utilise également, plus sommairement, la projection dans le réel du danger pulsionnel, accompagnée de la défense contra-phobique, l'inhibition, le recours à l'agir, la projection de l'agressivité, la dévalorisation et tente d'avoir recours à l'intellectualisation.

La régression se retrouve également au MMPI-2 lorsqu'Elisabeth répond qu'elle souhaiterait être de nouveau une enfant.

Cette cinquième et dernière hypothèse est donc confirmée.

VIII – Analyse des données cliniques de Frédérique.

1. Anamnèse.

Frédérique est une femme âgée de 43 ans. Lors du premier entretien, elle est dans la séduction, a une volonté de plaire, insiste sur le fait qu'en dehors du chantier où elle travaille, elle est très féminine et non comme lors de l'entretien, avec un pantalon tâché de peinture, un tee-shirt large... Elle explique avoir un double emploi, travailler les matins sur un chantier d'insertion et être coiffeuse à domicile les après-midis. Cette alternance entre un travail pouvant être qualifié de masculin et un travail pouvant être qualifié de féminin, peut questionner sur un éventuel conflit d'identification sexuelle.

Au niveau familial, Frédérique a un fils de 16 ans, qui vit avec elle et étant également dans le BTP. Elle entretient de bonnes relations avec celui-ci, dit ne « *pas être comme les autres mères* ». Son fils ferait le même constat, selon elle. Elle explique cela en disant : « *dans ma tête, j'ai encore 25 ans* » (ce qui témoigne d'un recours à la régression). Elle a également une fille de 14 ans, qui vit avec le père, dans une région éloignée. Elle n'a pas vu cette dernière depuis un an mais elles communiquent via webcam, régulièrement. Elle appréhende de revoir sa fille « *physiquement* ». Les deux enfants ont le même père et cette répartition de la famille serait le choix de tout le monde. Elle explique alors : « *les fils sont plus proches de leurs mères et les filles, de leurs pères. C'est génétique ! Par exemple, mon fils m'embrasse, mais pas ma fille. C'est moi qui dois l'embrasser.* ». Ceci témoigne d'une dynamique œdipienne, voire d'un climat incestuel. Elle semble très proche de son fils, jusqu'au point de souhaiter découvrir le milieu de la peinture en bâtiment comme lui. Elle a alors demandé d'être immergée dans ce milieu, dans la même entreprise que son fils, une semaine, afin de savoir si elle est « *faite pour ce travail* ».

Concernant ses parents, le père de Frédérique est décédé il y a quinze ans, à la suite d'une hémorragie interne. Il était soudeur, c'était « *un grand travailleur* ». La mère de Frédérique est maintenant âgée de 75 ans. Il semblerait qu'elle ait des problèmes de santé,

suite à plusieurs Accidents Vasculaires Cérébraux. Cette dernière était également coiffeuse, puis mère au foyer. Lorsqu'il est demandé à Frédérique si sa mère lui a communiqué le goût de la coiffure, elle répond qu'à 14 ans, elle devait choisir un métier et qu'elle a fait coiffeuse par défaut, alors qu'elle était plutôt attirée par « *l'archéologie, la terre* », toutefois la similarité des métiers sur le registre de la coiffure témoigne de l'identification, au moins partielle, de Frédérique à sa mère. Elle raconte que ses parents ont été « *exceptionnels* », elle s'exclame qu'ils étaient des « *rayons de soleil* ». Elle s'est « *toujours bien entendue avec* ».

Frédérique vit actuellement, avec son fils, chez sa mère. Ce serait temporaire, elle aimerait trouver un logement, tout en restant près de cette dernière, pour continuer de s'occuper d'elle. Elle ajoute que cette cohabitation, qui se passe parfaitement, fait du bien à sa mère, tout comme le fait de pouvoir voir son petit-fils tous les jours.

Frédérique a une sœur aînée, âgée de 52 ans, un frère aîné, de 48 ans et un frère cadet, ayant 40 ans. Chacun a construit sa vie dans une ville différente. Elle dit qu'il y a toujours eu une bonne entente au sein de la fratrie.

Au niveau de la vie amoureuse, Frédérique a rencontré son mari lorsqu'elle avait 16 ans. Elle a été mariée à lui une vingtaine d'années, puis ils ont divorcé d'un « *commun accord* ». Elle explique que son fils a découvert que Monsieur avait rencontré une femme sur internet. Là encore, la relation qu'elle entretient avec son fils est particulière, est au-delà de la relation mère-fils « courante », ce dernier lui apprenant les infidélités de son mari. Elle reste en contact avec celui-ci, uniquement lorsqu'il s'agit des enfants.

Suite à ce divorce, Frédérique a eu « *une vingtaine de relations intimes* », non amoureuses, avec des hommes riches, vivant dans le luxe, sur des yachts... Son ancien mari et ces hommes exerçaient un métier en lien avec l'armée (militaire etc), portaient des uniformes. Concernant ces rencontres, elle explique qu'il « *suffit d'un sourire et d'un regard coquin* ». Elle ajoute avoir « *voulu profiter après son divorce* ». Ceci témoigne d'une envie de séduire, de plaire, de comportements séducteurs caractéristiques de l'hystérie.

Puis elle se serait interrogée sur ce qu'elle souhaitait vraiment d'un homme car tous ces hommes riches ne l'intéressaient pas. Elle recherchait quelqu'un ayant « *vécu dans la galère* ». Elle rencontre alors son compagnon, de 9 ans son aîné, avec qui elle est depuis un an, lors d'une coiffure à domicile : « *Il est arrivé avec un pantalon d'ouvrier, couvert de tâches de peinture et le feeling est passé immédiatement. Il est l'opposé de mon ex-mari. Il est plus agressif. Il a pas besoin de séduire toutes les femmes.* ». Ses propos au sujet de ce compagnon sont ambivalents tout au long de l'entretien : elle dit qu'il s'agit de « *l'homme de sa vie* », de

Analyse des données cliniques de Frédérique.

« *son loulou* », qui s'écrivent des « *mamours* » par sms toute la journée, mais rit lorsque son couple est évoqué comme étant sûr et stable et ajoute « *on y va doucement. On ne veut pas encore habiter ensemble etc.* ».

Lors d'un troisième entretien, Frédérique dit : « *Je ne cache pas avoir besoin d'être entourée d'hommes. Depuis mon divorce, j'hésite pas à être infidèle. Je peux être en couple, comme en ce moment, et mentir pour voir un autre homme. Ça s'est souvent passé. Je suis bien avec les hommes, mais jamais amoureuse d'eux !* ».

Cette vie sexuelle tumultueuse, le choix d'un compagnon plus âgé, témoignent d'un conflit œdipien irrésolu, tout comme cette alternance de recherche et crainte de proximité avec l'autre. Cette quête de séduction peut également servir à contrer une éventuelle crainte sur son identité sexuelle.

Concernant la santé, elle évoque une fatigue, parle de son traitement thyroïdien et dit ressentir des douleurs uniquement « *quand j'ai mes règles, comme toutes les femmes. Je vais d'ailleurs les avoir dans quelques jours !* ». Elle ne prend aucun moyen de contraception : « *il se retire* ». De nouveau, une ambivalence s'observe lorsqu'elle dit parler d'avoir un enfant avec son compagnon, alors qu'ils « *prennent leur temps. Il n'a jamais été père, mais j'aimerais être encore mère. Ça arrivera pas vu mon âge... Mais on a déjà choisi les prénoms !* ».

Concernant les possibles addictions, elle fume « *beaucoup* » depuis le divorce et consomme de l'alcool quotidiennement (tous les soirs), ce qui était déjà le cas lorsqu'elle était avec son ex-mari. La question sur une plus grande consommation est à se poser car une odeur d'alcool émane d'elle.

D'un point de vue relationnel, elle se décrit comme la « *meneuse* », ayant « *l'âme d'une commandante* ». Elle a grandi avec des garçons et aurait alors appris à « *ne pas se laisser faire* ». Elle semble avoir actuellement un cercle d'amis satisfaisant.

Elle est la seule femme sur le chantier où elle travaille, explique « *avoir mis les choses au clair directement avec mes collègues* », puis ajoute « *je les sollicite, je leur demande de l'aide même si je suis pas en difficulté, pour les revaloriser, pour satisfaire leur fierté masculine. [...] Je les taquine. Je les embête* ». Ceci témoigne là encore de son besoin de séduction.

Il est à noter qu'elle ne respecte pas les distances sociales et tente d'instaurer des relations s'inscrivant dans la séduction. Elle parle à tout le monde comme s'il s'agissait de ses amis et leur demande de l'appeler par son diminutif « Fred ».

Lors des entretiens, elle interroge sur les notes, dit parfois de ne pas noter tel élément car ceci pourrait « *détériorer mon image* » et demande d'ajouter qu'elle a « *vécu en cité, je connais la galère* ». Cela témoigne de l'importance qu'elle accorde au regard d'autrui, de son besoin de renvoyer une image positive d'elle-même.

Elle est coopérante, parle sans aucune gêne, bien qu'elle ait été méfiante lors de la proposition de la recherche, en disant « *ma vie amoureuse regarde personne !* ». Puis, à plusieurs reprises, elle précise avoir accepté pour « *vous aider* », cherche à « *donner des conseils* » pour la recherche, propose des participants.

Lors des passations de tests, comme lors de l'entretien, elle change le ton de sa voix, dit certaines phrases avec une intonation différente, fait des gestes pour accompagner ses propos, est dans une sorte de théâtralisme, ce qui conforte là encore l'hypothèse d'une névrose hystérique, en plus d'un besoin de séduction et d'un conflit œdipien non résolu.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Frédérique, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 21, p 529.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Si nous reprenons maintenant les critères de l'hystérie au test de Rorschach, énoncés notamment par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974), le TRI est bien extratensif ($TRI = 1K / 3.5 \Sigma C$), il y a moins de deux réponses kinesthésiques K ($K = 1$), moins de réponses FC que de réponses CF et C réunies ($FC = 1$; $CF = 1$; $C = 1$). Le F+% est bien compris entre 50 et 60 ($F+\% = 58$), le nombre de réponses est proche de la moyenne ($R=18$ et la norme est comprise entre 20 et 30), les réponses Dd et Dbl sont rares (une réponse Dd et une réponse Dbl) et il y a deux refus (aux planches II et VI).

En revanche, le F% ($F\% = 67$) est dans les normes, le G% élevé ($G\% = 38,8$) et il n'y a aucune réponse estompée.

Analyse des données cliniques de Frédérique.

b) D'un point de vue qualitatif.

Globalement, Frédérique est sensible aux contenus latents des planches du test de Rorschach, ce qui est caractéristique des structures névrotiques : bonne sensibilité au contenu latent de sept planches (I, III, IV, V, VII, VIII et IX) et pas de sensibilité au contenu latent de trois planches (II, VI et X).

Frédérique donne des réponses témoignant davantage d'une représentation de soi entière et unitaire (onze représentations unitaires et sept non unitaires). Deux représentations de soi sexuées sont observables. Ceci témoigne de l'absence de l'atteinte de l'unité corporelle. Ses assises narcissiques ne semblent pas fragilisées : Frédérique ne donne aucune représentation de soi idéalisée ou dévalorisée et a recours à la dévalorisation comme mécanisme défense une seule fois (Autocrit à la planche VII).

Au niveau défensif, le refoulement est fortement présent : quatre banalités sont bien perçues, assez peu de réponses sont données (R=18), l'accent est mis sur le non-savoir, la non-reconnaissance et il y a le refus de deux planches. L'hypersensibilité aux couleurs et les différentes intonations sont la preuve du recours à la dramatisation, à la théâtralisation. Frédérique utilise aussi quelque fois l'inhibition, l'annulation, l'isolation, le recours à la réalité, le recours à l'imaginaire (1 K et 1 kan), la défense contra-phobique, la dévalorisation, la régression (symbolisation du maternel contenant à la planche IX et référence au milieu aquatique à la planche X) et la projection de la pulsion sexuelle. Frédérique obtient un indice d'angoisse dans les normes de l'échantillonnage (IA%=11), ce qui ne signe pas une parfaite efficacité des mécanismes de défense car la dynamique intra-planches est régrédiente à cinq reprises et progrédiente à trois planches et de l'angoisse émerge dans certaines réponses.

Les deux refus, à des planches réactivant les pulsions sexuelles (planches II et VI) attestent par ailleurs, de l'angoisse de castration, de la stupeur face aux symboles sexuels masculins. La troisième planche à thématique sexuelle, à savoir la planche IV, ne peut être vue dans son ensemble par Frédérique. Pour tenter de faire face à l'angoisse de castration, elle interprète plusieurs détails de la planche, mais non sa globalité. À ceci s'ajoute le fait que les planches II et IV sont les planches que Frédérique a le moins aimées. Notons également que la dynamique intra-planche est régrédiente aux planches où l'angoisse de castration est perceptible dans les réponses de Frédérique, à savoir aux planches I, II, IV, VI et X.

L'érotisation de la relation perçue à la planche III, cette attraction du phallique (cinq références phalliques et une à l'enquête) témoignent d'une revendication du phallique encore présente et également perceptible à travers le choix du métier principal dans les BTP, tout comme le fait que pour représenter son père, Frédérique choisisse la planche VII en disant qu'il s'agit d'elle et lui. Elle prend la place de la mère à cette planche maternelle et la planche où elle a symbolisé le contenant maternel est citée parmi les planches les moins appréciées. De plus, elle choisit la planche III pour se représenter, planche qu'elle associe, lors de la méthode psychanalytique associative, à « *une sorte d'amour avec les parents* ». Ces différents éléments témoignent de la non-résolution du conflit œdipien.

Frédérique donne deux représentations de soi sexuées, deux représentations de soi féminines : une bien symbolisée, « *une fleur* » à la planche VIII et une autre crue, « *les ovaires d'une femme [...] une femme [...] les trompes d'une femme avec les deux ovaires* », à la planche X. A la planche III, elle parle de « *deux personnes* », est dans l'incapacité de dire s'il s'agit de femmes ou d'hommes. Seulement ce dernier point peut exprimer la difficulté d'identification sexuelle se trouvant au cœur de l'hystérie.

Une seule réponse kinesthésique K est donnée, à la planche III. Elle renvoie à une relation d'objet génitale (interaction positive érotisée). Une petite kinesthésie est perçue à la planche VIII, elle renvoie à une relation d'objet de niveau limite-narcissique, de type dépendance. Une tendance kinesthésique, perceptible à la planche IX, renvoie également à une relation d'objet de niveau limite-narcissique.

Lors de la passation du test de Rorschach, Frédérique est dans la théâtralisation, la dramatisation. Son intonation change selon les réponses, elle en donne certaines avec un accent, s'exclame, souffle, rit. Elle met également l'accent sur ses ressentis, comme par exemple à l'enquête des limites, où elle dit à deux reprises « *c'est ce que j'ai ressenti* ». Ces indices permettent également d'orienter l'hypothèse diagnostique vers la structure hystérique. L'excitation sensorielle notable par le biais des réponses C et CF, ainsi que les contenus botaniques, à la planche VIII et les contenus Paysage/Elem à la planche X, témoignent tout aussi bien d'un fonctionnement hystérique.

Les nombreux rires peuvent également témoigner de la nervosité de Frédérique due à la situation de test. Ces rires étaient également présents lors du premier entretien, qui l'avait rendue nerveuse. Ceci peut aussi expliquer les refus à deux planches car Frédérique est

Analyse des données cliniques de Frédérique.

défensive par rapport au test du Rorschach, mais ils sont également les indicateurs d'une valence contra-phobique.

Pour résumer, nous pouvons dire que l'ensemble des indices apportés par le test de Rorschach : recours au refoulement, à la dramatisation et à la théâtralisation, angoisse de castration présente, conflit œdipien irrésolu, difficulté d'identification sexuelle et qualité de la symbolisation sexuelle, confirment bien le diagnostic de structure hystérique.

L'intensité des mécanismes d'inhibition avec les refus des planches II et VI, le nombre de réponses R inférieur à la norme, les nombreux rires, en particulier ceux observés lors de l'enquête à la planche IV et traduisant une défense contra-phobique, orientent le diagnostic vers celui d'une organisation de personnalité hystéro-phobique.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Frédérique constitue l'annexe 22, p 536.

La passation de ce test a dû se réaliser en deux temps, la première fois, Frédérique ayant répondu à la fois vrai et faux, à 63 questions. Ceci est-il les conséquences de la fatigue liée à la longueur du test ou une stratégie pour avoir un autre entretien, se faire remarquer davantage ?

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Les différents scores obtenus aux échelles de validité et échelles cliniques du MMPI-2¹⁹ témoignent d'une tendance de Frédérique à exagérer, à vouloir se montrer sous un jour favorable, ce qui peut respectivement être mis en lien avec la théâtralisation, la dramatisation et le besoin de séduction des personnes hystériques (L=76, F=72, Fb=62 et F-K=2).

Frédérique a obtenu un faible score T à l'échelle clinique d'hystérie 3-Hy (3-Hy=42). Ceci peut s'expliquer par le fait que Frédérique s'inscrive davantage dans une structure hystéro-phobique, or, cette échelle clinique évalue principalement les plaintes somatiques de

¹⁹ Voir l'annexe 8 : Protocole et interprétation du MMPI-2 de Frédérique.

l'hystérie, les tendances à réagir à des situations stressantes par divers maux, douleurs dans le corps.

En revanche, le faible score obtenu à l'échelle 0-Si, d'introversion sociale (0-Si=47), est la preuve que Frédérique est une personne sociable, extravertie, ayant besoin d'être entourée de personnes, ce qui s'apparente à certaines caractéristiques de l'hystérie. Le score élevé à l'échelle 9-Ma (9-Ma=80) atteste quant à lui, du côté théâtral présent chez Frédérique.

La note élevée obtenue à l'échelle 5-Mf, Masculin-Féminin (5-Mf=72), peut interroger sur les difficultés d'identification sexuelle de Frédérique, difficultés présentes dans l'hystérie.

b) D'un point de vue qualitatif.

Ces difficultés d'identification sexuelle se retrouvent lorsque Frédérique dit qu'il est vrai qu'elle ait déjà regretté d'être une femme (item 62) ou encore qu'elle a souvent désiré être de l'autre sexe (item 371).

Concernant les questions ayant trait à la sexualité, Frédérique y répond globalement de façon affirmative : sa vie sexuelle est satisfaisante (item 12), elle aime parler de sexe (item 209), elle voudrait ne pas être obsédée par des pensées d'ordre sexuel (item 268), elle n'est pas gênée par les « histoires cochonnes » (item 351), beaucoup de gens seraient coupables d'avoir une mauvaise conduite sexuelle (item 470). Il se peut que Frédérique parle d'elle-même dans cette question. De plus, elle répond aimer flirter, être particulièrement préoccupée de l'effet qu'elle produit et qu'on la trouve séduisante (items 189, 335 et 483). Ceci ne fait que conforter le besoin de séduction, de plaire, présent chez elle.

À l'item 291 : « je n'ai jamais été amoureux de quelqu'un », Frédérique demande des précisions sur cette question, en indiquant qu'elle est amoureuse de ses parents, de ses enfants, mais d'hommes, non. Ceci témoigne d'une fixation œdipienne. À l'item 473, elle indique que la personne à laquelle elle était le plus attachée et qu'elle admirait le plus dans son enfance était son père. Ceci témoigne d'un conflit œdipien non résolu, voire d'un climat incestuel de nouveau, tout comme le fait que Frédérique souhaiterait être une enfant de nouveau (item 348), qui renvoie également à un mouvement régressif.

Pour conclure, les indices apportés par le MMPI-2 viennent consolider l'hypothèse d'une structure hystérique chez Frédérique.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Les difficultés d'identification sexuelle peuvent se retrouver dans la quête de séduction pouvant servir à contrer une éventuelle crainte de l'identité sexuelle.

Au test de Rorschach, la difficulté d'identification sexuelle s'exprime par l'incapacité à donner une identité sexuelle aux personnages perçus à la planche III, ainsi que par une attraction pour le phallique et les nombreuses références phalliques. Le phallique est doublement symbolisé par rapport au féminin, ce qui peut alors confirmer cette hypothèse, mais que partiellement car les deux représentations de soi sexuées données par Frédérique sont féminines.

Cette difficulté d'identification sexuelle se retrouve au MMPI-2 à travers le score obtenu à l'échelle Masculin-Féminin 5-Mf et lorsque Frédérique dit avoir déjà regretté d'être une femme ou avoir souvent désiré être de l'autre sexe.

b) *Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.*

Aucun élément de l'anamnèse et du MMPI-2 ne permet de confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Au test de Rorschach, l'angoisse de castration se manifeste par le refus des planches II et VI, planches réactivant l'angoisse de castration, et leur rejet à l'enquête des limites. Frédérique lutte contre cette angoisse en utilisant puissamment le refoulement et en déployant un mécanisme d'inhibition drastique de l'activité fantasmatique et idéationnelle. La planche IV, troisième planche à la symbolique sexuelle, ne peut être vue, quant à elle, dans son intégralité. Pour tenter de faire face à l'angoisse de castration, Frédérique interprète plusieurs détails de la planche, mais non sa globalité. Cette angoisse se retrouve également à la première et dernière planche, au travers des références phalliques. Des références phalliques se retrouvent également à la méthode associative des planches I et VI. L'intensité de l'angoisse de castration conduit Frédérique à clôturer le protocole Rorschach à la méthode associative avec une projection sexuelle crue. L'hypothèse est donc confirmée.

c) *Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.*

Dans l'anamnèse, le conflit œdipien transparait lorsque Frédérique parle de sa relation avec son fils, de sa vie sexuelle tumultueuse saturée de conflits et du choix d'un compagnon plus âgé qu'elle de neuf ans.

Le conflit œdipien s'exprime au test de Rorschach, via l'érotisation de la relation à la planche III, de l'attraction pour le phallique, du choix de la planche VII comme planche paternelle où elle prend la place de la mère et de la dépréciation de la planche IX, planche où elle a symbolisé le contenant maternel. De plus, elle parle d'« *une sorte d'amour avec les parents* », à la planche III, planche qu'elle choisit pour se représenter. Cette équivalence implicite entre l'amour porté au partenaire du couple et l'amour porté au parent témoigne là-encore d'un conflit œdipien non résolu.

Au MMPI-2, Frédérique dit qu'elle est amoureuse de ses parents, de ses enfants, indique que la personne à laquelle elle était le plus attachée et qu'elle admirait le plus dans son enfance était son père. En plus d'un conflit œdipien non résolu, ceci témoigne également d'un climat incestuel. Ajoutons aussi le fait que Frédérique voudrait être de nouveau une enfant, outre d'être un mouvement régressif, ceci témoigne également d'un conflit œdipien non résolu.

Cette hypothèse est donc confirmée.

d) *Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.*

Dès le début des entretiens, Frédérique était dans la séduction. L'érotisation des relations se retrouve lorsqu'elle évoque sa vie amoureuse et sexuelle, son besoin de plaire, de séduire, ses infidélités et le rapport qu'elle entretient avec les hommes, notamment sur le chantier d'insertion où elle travaille.

Cette érotisation se retrouve au test de Rorschach, notamment dans sa réponse donnée à la planche III, renvoyant à une relation d'objet de niveau œdipien génital, de type interaction positive érotisée (« *deux personnes ensemble, qui s'aiment* »). Le fait que Frédérique choisisse la planche où elle associe un couple qui s'aime pour se représenter montre que la vie sentimentale est au cœur de ses préoccupations.

Enfin, le MMPI-2 décrit Frédérique comme une femme sociable, extravertie et ayant besoin d'être entourée de personnes. Les scores obtenus aux différentes échelles de validité témoignent d'une tendance à vouloir se montrer sous un jour favorable, ce qui peut être mis en lien avec un besoin de séduction. Ce besoin de plaire est retrouvé lorsqu'elle dit au MMPI-2,

Analyse des données cliniques de Frédérique.

aimer flirter, être préoccupée de l'effet qu'elle produit et qu'on la trouve séduisante.

Cette quatrième hypothèse est donc confirmée.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Lors du recueil des données anamnestiques, Frédérique recourt à la théâtralisation, à la dramatisation.

Dans le protocole de Rorschach, le refoulement et encore davantage l'inhibition sont massivement présents. Frédérique a également recours à la théâtralisation qui s'exprime notamment par une excitation sensorielle aux planches couleurs du test de Rorschach. Cette théâtralisation est également repérable dans le comportement lors des entretiens, ainsi qu'au MMPI-2, où elle obtient des scores témoignant d'une tendance à exagérer, ce qui peut être mis en lien avec de la théâtralisation, voire dramatisation.

Frédérique a également recours à la régression aux deux dernières planches en donnant des réponses renvoyant au contenant maternel, régression qui se retrouve au MMPI-2 lorsqu'elle dit qu'elle aimerait être une enfant de nouveau.

Cette dernière hypothèse est donc confirmée.

IX – Analyse des données cliniques de Monique.

1. Anamnèse.

Monique est une femme de 61 ans, diagnostiquée fibromyalgique. Sa présentation est soignée. Elle parle d'elle avec aisance, mais son discours est ponctué de gémissements, d'essoufflements, pour témoigner de ses souffrances, et le ton est monocorde. Elle se meut difficilement, à l'aide d'une canne. Lors de nos entretiens, elle attend par exemple au rez-de-chaussée, ne pouvant monter les escaliers. Monique est dans la démonstration, est quelque peu théâtrale.

Intéressons-nous à ce diagnostic de fibromyalgie, posé en 2007 (Monique sort des papiers de la sécurité sociale de son sac à main pour attester de la bonne date). Elle explique : *« J'ai été quatre ans en fauteuil roulant. Je ne pouvais plus marcher. J'ai passé plusieurs examens. On m'a dit que je souffrais de polyarthrite. Mais ce n'était pas ça. A 30 ans déjà, j'avais un dos de vieux. On ne pouvait pas me soigner parce que je faisais des allergies à tout. Mon rhumato ne voulait plus me soigner. J'ai eu l'impression d'être bazardee. »*. Elle semble vivre difficilement cette « absence de reconnaissance » et cette impression d'être « bazardee » pourrait s'apparenter à une angoisse d'abandon.

Elle décrit ses douleurs de la façon suivante : *« J'ai des douleurs principalement sous les pieds. C'est comme si j'avais des morceaux de glace dans les pieds. C'est très douloureux. J'ai les bras lourds. Je remarque seulement depuis peu. Les kinés ne peuvent pas me toucher les bras et les jambes. J'ai trop mal. Même moi, j'ai du mal à les toucher. C'est très invalidant dans la vie. J'ai des aides pour le repas, l'entretien ménager. J'ai réduit les heures d'intervention. J'arrive maintenant à me doucher. Je fais plus ou moins mes lessives et on m'aide à les étendre. Mais c'est épuisant d'avoir tout ce monde qui vient. »*. Monique vit seule depuis 25 ans et bénéficie de diverses aides. Elle évoque également les visites d'un homme, plus âgé qu'elle, qui serait envoyé par le Conseil Général, pour qu'elle ne soit « pas seule ».

Ces propos autour de sa santé renvoient à la somatisation, à l'hystérie de conversion,

Analyse des données cliniques de Monique.

notamment la perte de la marche sans raison objective reconnue par les professionnels de la santé. De plus, le fait de ne pas pouvoir être touchée pourrait renvoyer à une tendance à la dramatisation, ce qui est observable dans le tableau clinique des structures de personnalité hystérique.

Monique dit avoir un « *moral bas* ». Elle relate quatre tentatives de suicide, en citant les dates exactes et explique que ses passages à l'acte avaient pour but de « *mettre fin à la fatigue, aux souffrances. J'étais encore au travail. Je travaillais avec tout ça.* ». Il s'agissait d'Intoxications Médicamenteuses Volontaires. Elle aurait appelé la police pour l'une, son médecin pour une autre. Des hospitalisations en psychiatrie ont suivi. Elle précise « *les mois de Février et Mai sont durs. C'est peut-être le changement de temps, plus du vécu. Aujourd'hui, j'ai encore un antidépresseur mais je ne sais plus comment il s'appelle. Je l'ai déjà eu dans le temps. Mon corps est habitué. Il n'est pas assez fort.* ».

Son appétit reviendrait « *tout doucement* ». Concernant le sommeil, Monique indique « *Avec la fibromyalgie, je dors tard. Nous, les fibromyalgiques, on est bien que la nuit. Avec le traitement, je m'endors plus tôt et je fais des cauchemars plus tôt. Je rêve du Monsieur que j'ai gardé pendant neuf ans. J'étais comme sa gouvernante. Il est retourné chez sa fille mais il est pas heureux. Il voulait rester avec moi. On se voit encore.* ». Elle ne dira rien de plus sur ces cauchemars. Notons toutefois que ce cauchemar peut renvoyer à une angoisse de perte d'objet.

Monique explique avoir été Aide à domicile, après avoir travaillé de nombreuses années dans le secrétariat. Elle ajoute « *Les kinés me disait déjà de ne pas travailler quand j'étais jeune.* ».

Au niveau familial, Monique a deux filles d'une trentaine d'années et est cinq fois grand-mère. Elle dit s'entendre « *très bien* » avec ses filles.

Elle est divorcée depuis 25 ans, après une union de douze ans. Elle explique : « *J'en avais assez de faire tout, le travail, s'occuper des enfants. Et ses réflexions. Basta ! J'en pouvais plus !* ». Après le divorce, ses filles sont restées que quelques années avec elle puis sont allées vivre chez leur père : « *J'étais déjà très malade à l'époque. C'était mieux pour elles. Et lui, habitait dans une plus grande ville. Elles ont eu de meilleures écoles. C'était mieux pour elles.* ». Cette union aurait été sa première relation. Concernant sa vie amoureuse actuelle, elle répond : « *Je ne suis pas en couple. Je suis très bien avec le Monsieur qui vient*

me voir. Il est veuf. Pourquoi aller chercher plus loin ? » Elle fait ici référence à l'homme qu'elle a rencontré par l'intermédiaire du Conseil Général.

Monique est la deuxième d'une fratrie de trois enfants. Elle a un frère aîné et une sœur cadette. Concernant leur relation, elle dira : « *Ça va. On s'écrit pas trop mais on pense quand même à nous. Je ne vais pas téléphoner à un 06 trop loin et je ne peux pas écrire avec mes problèmes. C'est très bien comme ça. On était considéré comme enfant unique. Je n'ai jamais rien vu de fusionnel. J'étais dans ma chambre. Je lisais. Je ne savais pas ce qu'ils faisaient et j'en avais rien à faire. C'était comme si on était tous enfants uniques. Ça vient de l'éducation. Mon père était dur.* ». Ceci peut témoigner d'une certaine rivalité œdipienne.

Monique a encore ses deux parents. Concernant la relation avec ces derniers, elle dit : « *Ça se passe bien avec eux. Je me rappelle de rien avant. Je me rappelle que quand ils nous mettaient chez les autres et que ça se passait mal. Mon frère se faisait renfermer dans un placard et mes parents ne savaient pas. Et je suis partie chez ma grand-mère quand on attendait ma sœur. J'aimais être avec ma grand-mère. J'étais très proche d'elle. Pas de mes parents. Il n'y avait pas de sentiments chez nous.* ». Elle ajoute « *Ce sont des abandons. J'ai pas de souvenirs. J'ai un blocage. La douleur empêche beaucoup de choses. C'est d'ailleurs la douleur qui a amené la dépression et pas la dépression qui a amené la douleur.* ». Ceci témoigne de nouveau de l'angoisse de perte d'objet.

Au niveau social, Monique dit ne pas avoir d'amis, « *ils sont partis quand il y a eu la maladie* ». A la question demandant si elle s'entend mieux avec les femmes ou les hommes, elle répond : « *Je ne veux plus voir d'hommes. Il semblerait que j'ai eu des attouchements, jeune. Je ne supporte pas de voir un homme, seule. Ça doit donc être lié à ça. J'ai pas de souvenirs d'attouchements mais je m'interroge sur une de mes attitudes, à 14 ans. J'étais au bord de la piscine et je suis allée vers un homme. Je me suis assise sur ses genoux. Ce n'était pas normal. Je ne veux plus être avec des hommes. Ça s'est déclenché en 2001. Avant, il y avait rien. Ça revient en vieillissant.* ». Ceci est-il réel ou de l'ordre du fantasme, comme ce qui peut être observé chez les personnalités hystériques ? Elle pense que des attouchements sexuels auraient eu lieu lorsqu'elle était très jeune, bien avant l'histoire qu'elle relate à ses 14 ans, mais n'a aucun souvenir et ignore qui serait l'agresseur. Elle ajoute « *J'ai pas saigné la première fois... quand je me suis mariée. Je ne peux pas voir une banane, je ne supporte pas. Je ne sais pas ce qu'il y a eu. Je pense que j'étais vraiment petite. Je ne voulais pas me marier, je rejette tous les hommes. Je ne sais pas pourquoi.* ». Elle se souvient « *Une*

Analyse des données cliniques de Monique.

fois, je n'ai pas parlé pendant neuf mois. J'avais fait de l'hypnose mais le thérapeute était allé trop loin... ». Elle s'interroge alors si cette perte de parole ne serait pas liée aux supposés attouchements. Notons que la perte de parole aurait duré neuf mois, ce qui peut venir symboliser et renforcer le fantasme d'agression sexuelle, le temps d'une grossesse étant de neuf mois.

Elle dit également « *J'ai aussi vécu comme un traumatisme quand mes filles sont parties. Le départ de la deuxième a été une mort pour moi. La fibromyalgie est en lien avec tout ça. Avant, les chercheurs disaient que c'était psychologique mais j'ai lu que ça venait finalement des abandons.* ». De nouveau, l'angoisse d'abandon est perceptible dans les propos de Monique.

L'entretien se conclut avec les centres d'intérêts de Monique. Elle dit : « *J'aimerais voyager. Je lis beaucoup. Je fais de la couture, du tricot. Je viens d'apprendre toute seule le jacquard. J'aime faire des brocantes aussi. Mais je ne fais pas tout ça d'un coup ! Je ne peux pas avec les douleurs. Mais j'essaye toujours d'avoir quelque chose à faire.* ».

Ajoutons que plusieurs semaines plus tard, lors de la restitution des résultats, Monique dit aller beaucoup mieux que lors de la passation des tests, a diminué son traitement, a entamé de nouveau soins auprès d'une « *ostéo-énergéticienne et ai fait plusieurs séances de balnéo-thérapie* », ce qui aurait apaisé sa fibromyalgie.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Monique, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 23, p 540.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Comme Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974), l'indiquaient, le TRI est extratensif (TRI = 1 K / 6 ΣC), il y a moins de réponses FC que de réponses CF et C (FC = 1 ; CF = 4). Le G% est bas (G%=22). Le nombre total de réponses R est proche de la moyenne

(R=23). Les réponses Dd et Dbl sont rares (Dd=0 ; Dbl=0 ; Ddbl=1 ; DDb1=1) et il y a un refus à la planche VII.

En revanche, il y a moins de deux réponses kinesthésiques K, mais des petites kinesthésies sont perçues (KC'=1 ; kanC'=1 ; kp+=1). Le F+% n'est pas compris entre 50 et 60 (F+% = 67). Les réponses estompage EF ou E ne sont pas fréquentes mais inexistantes.

b) D'un point de vue qualitatif.

Monique est sensible aux contenus latents de la majorité des planches du test de Rorschach : sensibilité au contenu latent de six planches (planches I, III, V, VI, IX et X) et sensibilité partielle au contenu latent des quatre autres planches (II, IV, VII et VIII). Ceci est un premier élément en faveur d'une structure de personnalité névrotique.

Monique donne douze représentations de soi unitaires, dont dix sont entières et trois sexuées. Elle donne également huit représentations de soi non unitaires et trois fragmentaires. L'unité corporelle est donc atteinte, ce qui peut être lié au diagnostic de fibromyalgie. En revanche, ses assises narcissiques ne semblent pas fragilisées. Monique n'a pas recours à la dévalorisation et le blanc est intégré à seulement deux réponses.

Concernant les mécanismes de défense, Monique utilise principalement le refoulement (cinq banalités, un choc R, un refus) et le recours à la réalité. Elle utilise plus partiellement la dramatisation, la projection, le recours à l'imaginaire (1 K, 1 kan et 1 kp), l'intellectualisation, la projection des pulsions agressives, l'identification projective, la régression (régression passive à la planche VI) et la projection crue du sexuel. Bien que la dynamique intra-planches soit majoritairement progrédiente, les mécanismes de défense utilisés par Monique ne semblent pas efficaces car de l'angoisse émerge de ses réponses et l'indice d'angoisse obtenu est élevé (IA% = 27).

Effectivement, l'angoisse de castration émerge à plusieurs planches. A la planche II, elle se manifeste par le choc au rouge et la réponse « Sang ». La réactivation de l'angoisse de castration étant tellement intense, Monique laisse cette planche retournée durant toute la passation. Plusieurs semaines après, lors de la restitution des résultats, elle refuse de nouveau de voir cette planche. A la planche IV, l'angoisse de castration apparaît à travers l'image

Analyse des données cliniques de Monique.

puissante et dangereuse d'« *une pieuvre fâchée* ». A la planche IX, elle se retrouve dans la réponse crue du sexuel : « *un utérus* ». Cette même angoisse se repère également lors de l'enquête des limites lorsque Monique rejette la planche IV, en expliquant « *cette masse compacte ... prête à l'attaque avec ces griffes-là* », en faisant référence aux saillies latérales supérieures, ce qui pourrait être mis en relation avec un fantasme de viol.

En ce qui concerne le conflit œdipien, il est constatable à travers le refus de la planche maternelle VII, à travers l'inhibition et la sidération face à cette symbolique maternelle ; ainsi qu'à la deuxième planche maternelle, la planche IX, à travers la projection paranoïde face à la symbolique maternelle (R17), réponse pouvant également renvoyer à une culpabilité associée à une projection surmoïque maternelle. De plus, à la planche IV, lorsque Monique voit « *une pieuvre fâchée* », nous pouvons nous demander si cette figuration ne renvoie pas la figure maternelle phallique perçue comme toute puissante. Le conflit œdipien non résolu est également observable lors de l'enquête des limites lorsque Monique rejette la planche I, étant la première planche, elle peut être associée à la figure maternelle ; et lorsqu'elle choisit la planche VII pour représenter sa mère, planche refusée, dont elle n'a « *rien à dire* ».

Relevons toutefois que la deuxième planche maternelle, la planche IX, fait partie des planches préférées de Monique et lors de la restitution des résultats, elle parvient à dire « *C'est de là que sort le bébé.* » à la planche VII, planche refusée lors de la passation.

Les réponses de Monique ne révèlent aucune difficulté d'identification sexuelle. Les trois représentations de soi sexuées qu'elle perçoit sont féminines (deux sont bien symbolisées et une est crue) : « *deux femmes africaines* » (R4), « *un utérus* » (R18) et « *des fleurs* » (R22). Elle ne donne aucune représentation de soi masculine, aucune réponse ne renvoie non plus à la bisexualité. Notons toutefois une description d'une mère phallique à la planche IV, lorsqu'elle voit « *une pieuvre fâchée* ».

Concernant le mode objectal, Monique perçoit trois relations : une interaction positive de niveau œdipien-génital, à la planche III ; une kinesthésie de posture de niveau limite-narcissique à la planche IV et une kinesthésie de projection paranoïde ou surmoïque face à la symbolique maternelle, à la planche IX.

Ajoutons que Monique a de bonnes capacités de symbolisation mais elle ne les utilise que très peu. Elle symbolise le masculin-phallique à trois reprises (R8, R9, R12), le féminin-

maternel quatre fois (R4, R5, R22 et R23) et en donne un contenu cru à une reprise (R18). Enfin, elle symbolise difficilement l'agressivité, en donne plus souvent des contenus crus (R1, R3, R6, R20, R21).

En conclusion, la bonne sensibilité au contenu latent des planches, l'angoisse de castration présente dans le protocole, le conflit œdipien non résolu émergeant des réponses de Monique, ainsi que le recours au refoulement, permettent de confirmer l'hypothèse d'une structure de personnalité hystérique.

A la vue de l'anamnèse et notamment de la fibromyalgie dont elle dit souffrir, et en prenant en compte l'atteinte de l'unité corporelle, il s'agirait davantage d'une forme d'hystérie de conversion, que d'une structure hystéro-phobique.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Monique constitue l'annexe 24, p 547.

a) D'un point de vue quantitatif.

Les scores obtenus aux échelles de validité L et K (L=85 ; K=120) indiquent une tendance de Monique à vouloir se montrer sous un jour favorable, ce qui peut s'apparenter au besoin de plaire des personnalités hystériques, tandis que la note brute F-K Index (F-K=26) révèle une exagération des troubles, ce qui peut être mis en parallèle avec le besoin d'attirer l'attention, la quête d'attention, des personnalités hystériques.

Cette tendance à l'exagération est confirmée par le fait que Monique obtienne un score élevé à six échelles cliniques sur dix. Ainsi, selon les scores des échelles cliniques, elle aurait des préoccupations somatiques anormalement élevées (1-Hs=85), présenterait une symptomatologie dépressive (2-D=92), aurait des réactions dites hystériques face à des situations stressantes (3-Hy=94), aurait des tendances manipulatrices (4-Pd=78), serait anxieuse (7-Pt=71) et aurait des croyances erronées, des préoccupations existentielles, aurait vécu des expériences particulières (8-Sc=81).

Les préoccupations somatiques anormalement élevées sont confirmées par les scores obtenus aux échelles D3, Hy3, Hy4 et HEA (D3=85 ; Hy3=91 ; Hy4=89 ; HEA=81). Ceci peut être mis en parallèle avec le diagnostic de fibromyalgie ou encore d'hystérie de

Analyse des données cliniques de Monique.

conversion.

La symptomatologie dépressive se retrouve dans les scores obtenus aux échelles D1, Sc2 et DEP (D1 = 86 ; Sc2=76 ; DEP=77).

Concernant le mode de relation, les scores élevés obtenus aux échelles Pd1 et Pd4 (Pd1=68 ; Pd4=70) révèlent respectivement la présence de conflits familiaux, d'un sentiment de manque de compréhension, d'affection de la famille ; un sentiment de solitude, d'incompréhension, d'injustice. Le score élevé à l'échelle Pa1 (Pa1=81) témoigne de nouveau d'un sentiment d'incompréhension, tout comme le score obtenu à l'échelle Sc1 (Sc1=81) qui révèle un sentiment de rejet social. Le faible score obtenu à l'échelle Si1 (Si1=46) indique que Monique est une femme extravertie, amicale et bavarde, aimant créer du lien. Ces différents éléments s'apparentent au mode relationnel des personnalités hystériques.

b) D'un point de vue qualitatif.

Monique dit aimer ses deux parents (items 90 et 276) et estime que son père et sa mère sont de braves personnes (items 6 et 192). Ceci ne révèle donc aucun conflit œdipien latent.

Aucune difficulté d'identification sexuelle n'est non plus remarquable car elle dit n'avoir jamais regretté être une fille (item 62) et ne jamais avoir désiré être de l'autre sexe (item 371).

En revanche, elle dit être blessée par les critiques et les réprimandes (item 127), se soucier de son apparence extérieure (item 220), ne pas recevoir toute la compréhension ou la sympathie dont elle a besoin (item 278), et s'efforcer à être toujours agréable même quand les autres sont énervés et critiques (item 492). Ceci peut être mis en parallèle avec la quête d'affection des personnes hystériques, le besoin de plaire. En revanche, elle ne semble pas être dans l'érotisation des relations, n'aimant pas flirter (item 189) ou n'étant pas particulièrement préoccupée de l'effet qu'elle produit (item 335).

Enfin, Monique dit qu'elle ne souhaiterait pas être un enfant de nouveau (item 348), aucune régression ne transparaît.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Le recueil des éléments anamnestiques ne permet pas de mettre à l'épreuve cette première hypothèse.

Les réponses apportées au test de Rorschach, ainsi qu'au MMPI-2, ne révèlent aucune difficulté d'identification sexuelle. Cette hypothèse est donc infirmée. Au test de Rorschach, les trois représentations de soi sexuées que Monique perçoit, sont féminines et aucune réponse ne renvoie à la bisexualité ou au masculin-phallique. Au MMPI-2, elle dit n'avoir jamais regretté être une fille ou n'avoir jamais désiré être de l'autre sexe.

b) *Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.*

Lors des entretiens, une angoisse d'abandon émerge des propos de Monique, notamment lorsqu'elle évoque le manque de reconnaissance de sa maladie, son impression d'être « *bazardée* » par les médecins, ou encore lorsqu'elle explique avoir été élevée par sa grand-mère et ne pas être proche de ses parents. Cette angoisse de perte d'objet se retrouve également lorsqu'elle dit avoir vécu comme un traumatisme le départ de ses filles. Cette hypothèse est alors infirmée dans un premier temps.

En revanche, le test de Rorschach confirme cette hypothèse car l'angoisse de castration est présente à plusieurs planches. A la planche II, elle se manifeste par le choc au rouge et la réponse « *Sang* ». A la planche IV, elle émerge à travers l'image puissante et dangereuse perçue par Monique. A la planche IX, elle se retrouve à travers la réponse crue du sexuel. Enfin, à l'enquête des limites, Monique rejette la planche IV, celle-ci réactivant trop l'angoisse de castration.

Le MMPI-2 ne permet pas de mettre à l'épreuve cette hypothèse.

c) *Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.*

Une rivalité œdipienne est constatable lorsque Monique parle de sa fratrie, du manque d'intérêt à l'égard des uns et des autres entre frères et sœurs. De plus, Monique relate un vague souvenir d'attouchements dans son enfance. Ce souvenir semble être davantage de l'ordre du fantasme, où l'agresseur serait un homme plus âgé qu'elle, que de la réalité, ce qui

Analyse des données cliniques de Monique.

peut renvoyer à un fantasme incestueux, au fantasme de transgression de l'interdit œdipien et de ce fait, à la non-résolution du conflit œdipien. Cette hypothèse est alors confirmée.

Le conflit œdipien est également perceptible au test de Rorschach. Il est remarquable à travers l'inhibition et la sidération face à la symbolique maternelle de la planche VII, ainsi qu'à travers la projection paranoïde ou surmoïque face à la symbolique maternelle à la planche IX. De plus, Monique rejette la planche I, à l'enquête des limites, pouvant être associée à la figure maternelle, étant la première planche. Enfin, elle choisit la planche VII pour représenter sa mère, planche refusée, planche dont elle n'a « rien à dire ». Cette hypothèse est donc confirmée.

Le MMPI-2 infirme cette hypothèse car Monique ne fait aucune différence entre ses deux parents. Elle répond de la même façon aux questions concernant sa mère et son père.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

La fibromyalgie de Monique peut avoir pour but d'attirer l'attention, la compassion des gens, ce qui peut être assimilé à une quête d'affection. De plus, elle relate un vague souvenir d'attouchements, étant peut-être plus de l'ordre du fantasme que de la réalité, et justifie par ceci le fait qu'elle ne supporte pas d'être seule avec un homme. Ceci renvoie alors à l'érotisation des relations. Cette hypothèse est donc confirmée.

Le test de Rorschach ne confirme pas cette hypothèse car Monique perçoit seulement trois relations : une interaction positive de niveau œdipien-génital, une kinesthésie de posture de niveau limite-narcissique et une kinesthésie de projection paranoïde ou exprimant la culpabilité face à la symbolique maternelle.

Au MMPI-2, les scores obtenus aux échelles de validité L et K indiquent une tendance à vouloir se montrer sous un jour favorable et la note brute F-K Index révèle une exagération des troubles. Ceci peut être mis en parallèle avec une quête d'attention. Le faible score obtenu à l'échelle Si1 décrit Monique comme extravertie, amicale et aimant créer du lien. Les scores obtenus aux échelles Pd4, Pa1 et Sc1 renvoient à un sentiment de solitude, d'incompréhension. Elle dit être blessée par les critiques et les réprimandes, se soucier de son apparence extérieure, ne pas recevoir toute la compréhension ou la sympathie dont elle a besoin et s'efforcer à être toujours agréable même lorsque les autres sont critiques. Ces différents éléments peuvent être mis en parallèle avec la quête d'affection des personnes hystériques, le besoin de plaire, ce qui confirme en partie cette hypothèse. En revanche, Les réponses de Monique ne témoignent pas d'une érotisation des relations, car elle dit ne pas

aimer flirter ou encore ne pas être particulièrement préoccupée de l'effet qu'elle produit.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

La fibromyalgie de Monique, la façon de celle-ci de s'exprimer, ses gémissements, essoufflements, le fait qu'elle soit dans la démonstration, confirment le recours à la théâtralité. Ces propos autour de sa santé renvoient à la somatisation, à la dramatisation. Cette dernière hypothèse est en partie confirmée.

Le test de Rorschach montre que Monique a principalement recours au refoulement et recours à la réalité et qu'elle utilise plus partiellement la dramatisation, la projection, le recours à l'imaginaire, l'intellectualisation, la projection des pulsions agressives, l'identification projective, la régression et la projection crue du sexuel. Ceci confirme de nouveau en partie cette dernière hypothèse.

Enfin, les scores obtenus aux échelles de validité indiquent un recours à la dramatisation par l'exagération des troubles. En revanche, les réponses de Monique ne témoignent d'aucune régression. Cette hypothèse est donc partiellement confirmée.

X – Analyse des données cliniques de Nicole.

1. Anamnèse.

Nicole est une femme âgée de 45 ans au moment de la recherche. A peine était-elle installée dans le bureau, qu'elle évoquait des problèmes de vue et l'oubli de ses lunettes. Puis, de façon très anarchique, qu'il en était parfois difficile de comprendre, elle énumère un ensemble de problèmes de santé.

Elle relate une hospitalisation en hôpital psychiatrique, suite à une « *crise dans ma baignoire où j'étais paralysée avec une sensation d'étouffement, d'être serrée* ». Elle ajoute avoir souffert de spasmophilie dans le passé, des « *crises de tétanie, des crises à répétition. J'en faisais partout.* », mais selon elle, « *ce n'est pas psychologique !* ». Cela semble toutefois proche de conversions de type hystériques. En 2009, elle a eu trois hernies discales. Elle se décrit comme une personne anxieuse : « *Plus je stresse et plus je ressens de douleurs. Mais les douleurs sont toujours présentes, sont en continu, depuis 2004. En 2004, je travaillais et je trainais la patte, je boitais, mes collègues m'ont dit que je devais faire quelque chose. C'était ma première hernie discale.* ». Elle relate alors une série d'examens médicaux qu'elle a passés. Un diagnostic de polyneuropathie des membres inférieurs lui avait été donné. En 2000, elle a été opérée d'une tumeur bénigne du larynx. Elle a également eu un kyste à l'ovaire gauche. En 2014, elle a été opérée d'un appendice de 12 mm et d'une opération d'une « *trompe de Fallope collée à l'intestin* ». Elle narre un épisode où elle « *ressentais des douleurs partout. Je ne pouvais plus marcher, je boitais. Je ressentais comme des coups d'électricité, des battements. Je ne sentais plus de sensations après, j'étais comme paralysée. Je ne pouvais plus m'habiller.* ». Elle évoque également un traitement hormonal et une ménopause artificielle. Durant l'entretien, elle fait part de diverses douleurs musculaires, de sensations d'avoir « *le thorax paralysé* » par moment et de douleurs dans la nuque. Elle touche d'ailleurs l'allocation aux adultes handicapés. Elle dit « *tenter de gérer ses douleurs, mais c'est dur* ».

Suite à ses problèmes de santé, elle ne travaille plus depuis six ans. Elle voulait être aide-soignante, mais n'a pu faire les études, de nouveau par rapport à des soucis de santé. Elle a alors travaillé en intérim.

Ceci témoigne de nombreuses somatisations ayant très certainement une valeur de conversion hystéroïde, qui se retrouve dans le tableau clinique de la névrose hystérique.

Au niveau familial, Nicole a deux enfants, une fille de 20 ans et un fils de 15 ans. Elle précise que l'accouchement de ce dernier a dû être déclenché. A l'évocation de la relation avec ses enfants, elle explique que « *les problèmes de santé ont pris le dessus. Mes enfants devaient m'habiller à un moment, c'est dur pour eux* ». Elle ajoute qu'elle « *laisse tout en ce moment, je baisse les bras. Je ne dois pas m'énerver car je fais de grosses crises après* ». Ceci témoigne d'une inversion des rôles, de l'instauration d'un climat œdipien, mais ceci témoigne également d'un comportement régressif.

Des conflits, dus à une vision différente de la vie, existent entre Nicole et sa fille. Nicole ne conçoit pas toujours la vie de sa fille. Concernant son fils, elle dit qu'il « *est moins câlin depuis novembre, depuis le départ de sa sœur. C'est peut-être de son âge aussi* ».

Avec le père des enfants, « *c'est compliqué* ». Elle évoque une première séparation après sept ans de relation, puis se sont remis en couple et se sont séparés de nouveau. « *Maintenant, il est toujours présent. Il vient quand je suis hospitalisée, quand je ne vais pas bien* ». Nous pouvons alors nous demander si ses hospitalisations à répétition n'ont pas pour but d'avoir l'attention d'autrui, si elles ne sont pas la manifestation de la quête d'amour des personnes hystériques.

Elle dit ne pas avoir connu beaucoup d'hommes dans sa vie : « *J'ai eu le premier à 18 ans. J'ai été beaucoup marquée par le premier. Il était malade, nerveux, possessif. Il était violent, me séquestrait...* ». Le couple a duré trois ans.

Les parents de Nicole ont divorcé lorsqu'elle avait 16 ans : « *Mon père est parti avec la meilleure amie de ma mère* ». Elle dit être « *très proche* » de sa mère. Elle s'inquiète pour les problèmes de santé de cette dernière et regrette de ne plus pouvoir l'aider comme auparavant, lorsqu'elle était « *speed* », à cause de ses propres problèmes de santé. Elle dit se sentir « *rabaissée, diminuée, mais c'est pas psychologique !* ». De nouveau, Nicole a recours à la dénégation comme mécanisme défensif.

Analyse des données cliniques de Nicole.

Elle dit avoir mal vécu le départ de son père et n'a pas eu de nouvelles de ce dernier depuis maintenant trois ans. Elle ajoute lui en vouloir, « *encore plus quand je vois ma mère triste* ».

Nicole a une sœur et un frère aînés. Elle ne voit plus sa sœur qui travaille et qui est « *très occupée* ». Concernant son frère, elle dit qu'il « *boit de l'alcool. Il est malade, a des comportements bizarres. Il ne veut pas être soigné. Ma sœur et moi, on sait qu'il est malade* ». Un malaise se fait sentir. La question de violences sexuelles est à se poser, des sous-entendus de Nicole et attitudes menant à cette hypothèse. Cette hypothèse sera renforcée par les réponses apportées au test de Rorschach, notamment à la méthode associative de la planche I où Nicole évoque un masque effrayant, une peur, qu'elle associe à son frère.

Au niveau relationnel, Nicole dit mieux s'entendre avec les hommes mais ajoute qu'elle s'entend également bien avec les femmes. Pour le moment, elle « *fait un break dans sa vie sociale, depuis l'hospitalisation* ».

En conclusion, elle souhaite ajouter : « *Je ne comprends pas ce qu'il m'arrive. J'ai envie d'être soignée. C'est bizarre ce que je ressens dans mon corps* ». A plusieurs reprises, elle dit que ce n'est pas psychologique mais bien somatique. Elle bénéficie toutefois d'un suivi psychologique, au sein d'un Centre Médico-Psychologique.

Notons qu'il avait été stipulé à Nicole que la recherche portait sur les douleurs somatiques. Nous pouvons alors nous demander si ceci explique pourquoi elle évoque principalement ses douleurs et pathologies somatiques et répond que brièvement aux questions concernant sa vie personnelle. De plus, à plusieurs reprises, elle s'excuse d'avoir oublié d'amener ses différents scanners et autres résultats de tests médicaux.

Au cours de l'entretien, Nicole geint plusieurs fois, souffle, se repositionne dans le fauteuil, expliquant qu'elle commence à ressentir des douleurs dans les bras.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Nicole, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 25, p 551.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Très peu des critères de l'hystérie au test de Rorschach, énoncés notamment par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974), se retrouvent dans le protocole de Nicole. Le F+% est bien compris entre 50 et 60 (F+% = 58). Le A% est bas comparé aux normes de l'échantillonnage (A% = 25), ce qui est observable dans les protocoles de conversion somatique. Il n'y a aucune réponse Dbl et uniquement une réponse Dd.

En revanche, contrairement à ce qui a été énoncé par ces mêmes auteurs, le TRI n'est pas extratensif ($TRI = 2 K / 0 \Sigma C$), il n'y a pas de réponse influencée par la couleur ou l'estompage des planches. Ceci peut s'expliquer par l'intensité du refoulement et de l'inhibition. Il y a deux kinesthésies, le G% est supérieur aux normes de l'échantillonnage (G% = 43,7), le nombre total de réponses est inférieur à la moyenne (R=16). Ce dernier point peut également s'expliquer par l'intensité du refoulement et de l'inhibition.

b) *D'un point de vue qualitatif.*

Nicole est partiellement sensible au contenu latent des planches du Rorschach : bonne sensibilité au contenu latent de quatre planches (planches I, IV, V et VI), sensibilité partielle au contenu latent de la planche III et pas de sensibilité au contenu latent de cinq planches (planches II, VII, VIII, IX et X).

Elle donne des réponses dans lesquelles les représentations de soi ne sont, en majorité, pas unitaires (cinq représentations unitaires et onze non unitaires), ce qui peut être expliqué par les nombreuses somatisations énumérées par Nicole, qui détériorent l'unité corporelle. De plus, de la dévalorisation paraît à trois reprises dans les réponses de Nicole (Autocrit aux planches VII et X ; Crit Obj à la planche IX), ce qui peut témoigner d'assises narcissiques fragilisées. Ceci est confirmé par les trois réponses « yeux », aux planches II, VIII et X, qui révèlent une culpabilité surmoïque névrotique pouvant être mise en lien avec les diverses douleurs qui empêchent Nicole d'occuper son rôle de mère, d'avoir une vie professionnelle et donc qui fragilisent son estime de soi.

En revanche, Nicole donne deux représentations de soi sexuée : une représentation féminine (« deux femmes » à la planche III) et une représentation masculine (« comme un

Analyse des données cliniques de Nicole.

géant, un monstre », à la planche IV). Relevons qu'à la planche III, Nicole est, dans un premier temps, incapable d'attribuer une identité sexuelle « *aux personnes* » perçues. Cela et le faible nombre de représentations de soi sexuées peuvent venir témoigner de la difficulté d'identification sexuelle.

Au niveau défensif, Nicole a massivement recours au refoulement et à l'inhibition et utilise le recours à l'agir à plusieurs reprises également. Le refoulement apparaît à travers les quatre banalités bien perçues, le peu de réponses données (R=16), ainsi qu'à travers l'accent mis sur le non-savoir et la non-reconnaissance. L'inhibition se traduit principalement par des temps de latence longs. Nicole utilise d'autres mécanismes de défense mais plus modérément : le recours à la réalité, la demande d'étayage, la projection dans le réel du danger pulsionnel, la défense contra-phobique, la dévalorisation, le télescopage, la projection de l'agressivité. Elle tente également d'avoir recours à l'imaginaire à deux reprises mais en vain (2 K formellement mal perçues). Les mécanismes de défense que Nicole met en place ne lui permettent pas de faire face à l'angoisse générée par le test : l'indice d'angoisse est supérieur aux normes de l'échantillonnage (IA%=33) et la majorité des dynamiques intra-plates sont régrédientes (sept plates à la dynamique intra-plate régrédiente contre trois à la dynamique progrédiente).

L'angoisse au cœur du protocole de Nicole est l'angoisse de castration. Celle-ci est perceptible aux plates I, II, IV, VI et X. A la première et dernière plate, Nicole tente d'ailleurs de s'en protéger, de lutter contre l'angoisse de castration, en donnant la réponse « *masque* ». L'angoisse de castration est également perceptible à travers la tendance Clob observable à la méthode associative de la plate I, les réponses FClob des plates II et IV, les tendances Clob aux plates IV et VIII à l'enquête des limites. Plusieurs références phalliques transparaissent aux plates II, IV, VI et IX.

Le conflit œdipien n'est pas dominant dans le protocole de Nicole. Le seul indice allant dans ce sens est l'attraction du phallique (six références phalliques contre seulement deux symbolisations du féminin).

Deux kinesthésies apparaissent dans le protocole de Nicole, aux plates VI et VII. Ces kinesthésies sont d'une mauvaise qualité formelle et renvoient respectivement à

une relation d'objet de niveau limite-narcissique avec un mouvement de repli et à une relation d'objet de niveau œdipien génital, de type interaction positive.

Pour résumer, le recours puissant à l'inhibition et au refoulement, l'angoisse de castration perceptible tout au long du protocole, la grande sensibilité au phallique bien symbolisé, associée à une capacité plus discrète et moins valorisée de symbolisation du féminin permettent de confirmer l'hypothèse de structure névrotique hystérique.

Il semblerait que Nicole présente une structure caractérisée par la conversion. L'intensité des mécanismes d'inhibition et de refoulement et le fait qu'elle mette les planches à distance d'elle durant la passation du test, les tienne à bras tendus, donnent un versant phobique au protocole. Toutefois, les nombreuses somatisations à valeur de conversion hystéroïde de l'anamnèse et l'attaque de l'unité corporelle, les assises narcissiques fragilisées et la culpabilité surmoïque névrotique, observées au test de Rorschach orientent le diagnostic vers celui d'hystérie de conversion. De plus, l'hypothèse d'inceste évoquée dans l'anamnèse, mis en parallèle avec les problèmes de santé, notamment au niveau de l'appareil génital féminin, pourrait venir étayer l'hypothèse de conversion somatique.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Nicole constitue l'annexe 26, p 557.

Nicole a laissé 73 items sans réponse, ce qui peut rendre le protocole invalide. Elle n'a pas répondu de l'item 514 à l'item 567 et a laissé d'autres items sans réponse. Les scores obtenus aux différentes échelles de validité indiquent que le protocole est à interpréter avec grande prudence.

Nous pouvons nous interroger sur ce grand nombre d'items laissés sans réponses : est-ce dû à la fatigue liée à la longueur du test ou une façon de marquer davantage ses difficultés et ainsi d'attirer l'attention ?

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Les scores obtenus aux échelles F et Fb (F=78 et Fb=74), évaluant le taux de réponses rares, indiquent une légère tendance à l'exagération, tout comme la note brute F-K Index

Analyse des données cliniques de Nicole.

(F-K=2). Ceci peut être interprété comme une volonté d'attirer l'attention sur des difficultés envahissantes et ainsi de trouver de l'aide. La tendance à l'exagération peut être assimilée à la dramatisation constatable chez les personnes hystériques, tout comme le désir d'attirer l'attention.

Nicole obtient un score T à l'échelle clinique d'hystérie 3-Hy supérieur à la norme de l'échantillonnage (3-Hy=77). Le score obtenu à la sous-échelle Hy1: Déni d'anxiété sociale (Hy1=56) se trouve dans les normes de l'échantillonnage et les scores obtenus aux sous-échelles Hy2 : Besoin d'affection (Hy2=30) et Hy 5 : Inhibition de l'agressivité (Hy5=39) sont inférieurs aux normes de l'échantillonnage. En revanche, les scores obtenus aux sous-échelles Hy3 : Lassitude-Malaise (Hy3=95) et Hy4 : Plaintes somatiques (Hy4=84) sont nettement supérieurs aux normes de l'échantillonnage, ce qui indique que Nicole est particulièrement dans la plainte somatique, dans un mal-être somatique. Ces préoccupations somatiques, caractéristiques là-encore des névroses hystériques, apparaissent également dans le protocole de Nicole, à travers les scores élevés obtenus à l'échelle clinique d'hypocondrie 1-Hs (1-Hs=83) et à la sous-échelle de Harris-Lingoes D3 de Dysfonctionnement physique (D3=78).

Les affects dépressifs, la plupart du temps dus aux déceptions relationnelles, pouvant s'observer dans les tableaux cliniques de l'hystérie, se retrouvent dans les scores élevés aux échelles cliniques 2-D de dépression (2-D=70) et 7-Pt de psychasthénie (7-Pt=80).

Les déceptions relationnelles, la crainte de ne pas plaire se traduisent par des scores élevés à l'échelle clinique de paranoïa 6-Pa (6-Pa=67) et aux sous-échelles de Harris-Lingoes D5 de Ruminantion (D5=68), Pd1 de Conflits familiaux (Pd1=74) et Pd4 d'Aliénation mentale (Pd4=70). Ces scores témoignent d'une sensibilité et méfiance par rapport à autrui, d'un sentiment d'infériorité, d'un manque d'affection ressenti et d'un sentiment de manque de compréhension de sa famille.

Les scores obtenus aux échelles cliniques 5-Mf Masculin-féminin (5-Mf=62) et 0-Si d'introversion sociale (0-Si=50) se trouvent dans la norme de l'échantillonnage, contrairement à ce que nous aurions pu penser retrouver dans un protocole de structure hystérique. En revanche, le score obtenu à l'échelle clinique d'hypomanie 9-Ma (9-Ma=69) est légèrement supérieur aux normes de l'échantillonnage et peut être mis en lien avec l'exagération et théâtralisme repérables dans les personnalités hystériques. Il peut également traduire une lutte contre la dépression.

b) D'un point de vue qualitatif.

Les réponses apportées par Nicole aux questions ne permettent pas de valider les critères de la névrose hystérique.

Le conflit œdipien ne transparait pas : Nicole répond par la négative à la question demandant si son père est un brave homme (item 6), mais répond par l'affirmative à cette même question portant sur sa mère (item 192). Elle ajoute que la personne à laquelle elle était le plus attachée et qu'elle admirait le plus dans son enfance était une femme (item 473).

Elle semble refouler toute pulsion sexuelle, ce qui se confirme lorsqu'elle répond qu'elle aimerait ne pas être obsédée par des pensées d'ordre sexuel (item 268) et avoir une vie sexuelle insatisfaisante (item 12). Elle laisse sans réponse la question portant sur des pratiques sexuelles inhabituelles (item 121) et dit ne pas aimer parler de sexe (item 209).

Les réponses ne révèlent pas une érotisation des relations, ni un comportement séducteur : elle dit ne pas apprécier flirter (item 189), ne pas se préoccuper de son apparence extérieure (item 220) et qu'elle n'est pas particulièrement préoccupée de l'effet qu'elle produit (item 335). Toutefois, elle dit s'efforcer à être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés et critiques (item 492) et ne pas recevoir toute la compréhension ou sympathie dont elle a besoin (item 278). Ces derniers éléments peuvent être mis en lien avec la quête perpétuelle d'affection des personnes hystériques.

Ses réponses ne révèlent pas de difficulté d'identification sexuelle : Nicole dit n'avoir jamais regretté d'être une fille (item 62) et n'avoir jamais désiré être de l'autre sexe (item 371). Aucun mouvement régressif n'est également présent. Elle répond par exemple par la négative à la question demandant si elle souhaiterait être une enfant à nouveau (item 348).

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.

Aucun élément de l'anamnèse et du MMPI-2 ne permettent de confirmer cette première hypothèse. Le score obtenu à l'échelle clinique 5-Mf Masculin-féminin (5-Mf=62)

Analyse des données cliniques de Nicole.

ne révèle aucune inquiétude liée à des problématiques d'identification sexuelle et Nicole répond de façon négative aux items portant sur le souhait d'être de l'autre sexe.

Au test de Rorschach, peu d'indices valident cette hypothèse. Nicole donne deux représentations de soi sexuée : une représentation de soi féminine (« *deux femmes* » à la planche III) et une masculine (« *comme un géant, un monstre* », à la planche IV) et était, dans un premier temps, incapable d'attribuer une identité sexuelle « *aux personnes* » perçues, à la planche III. Le faible nombre de représentation de soi sexuée peut venir témoigner de la difficulté d'identification sexuelle.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

Aucun élément de l'anamnèse et du MMPI-2 ne permet de confirmer ou infirmer cette hypothèse.

En revanche, l'angoisse de castration est l'angoisse dominante dans les réponses données par Nicole au test de Rorschach. Elle se retrouve aux planches I, II, IV, VI et X, à travers les différentes références phalliques, les réponses FClob ou tendance Clob. Nicole tente de se protéger de l'angoisse de castration en donnant à deux reprises la réponse « *masque* », mais en vain car l'IA% est supérieur aux normes de l'échantillonnage et les dynamiques des planches sont majoritairement régrédientes.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Dans l'anamnèse, le conflit œdipien ne paraît pas lorsqu'elle parle de ses parents. Elle se décrit d'ailleurs comme plus proche de sa mère, que de son père. En revanche lorsqu'elle évoque sa relation avec ses enfants, elle décrit une inversion des rôles par moment, pouvant renvoyer à l'instauration d'un climat œdipien et elle dépeint des relations amoureuses complexes pouvant être dues à la non résolution du complexe d'Œdipe.

Au test de Rorschach, le conflit œdipien n'est pas dominant. Le seul indice en témoignant peut être la plus grande attraction du phallique que du féminin. En revanche, à l'enquête des limites et à la méthode associative, Nicole témoigne d'un plus grand attachement à sa mère. Par exemple, la planche qu'elle choisit pour désigner sa mère fait partie des deux planches qu'elle a le plus appréciées.

Cette hypothèse est également invalidée par les données du MMPI-2, où de nouveau Nicole se décrit comme étant plus proche de sa mère et où elle décrit son père comme n'étant

pas un brave homme, ni la personne à laquelle elle était le plus attachée et qu'elle admirait le plus dans son enfance.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

L'érotisation de la relation ne transparait pas dans l'anamnèse de Nicole, contrairement à la quête d'affection qui est plus présente et qui peut se manifester en partie par la démonstration de douleurs somatiques pouvant avoir pour but d'attirer l'attention d'autrui. L'histoire de la vie sexuelle et maritale où les conflits sexuels occupent le devant de la scène peut également confirmer cette hypothèse.

Ceci est confirmé par les réponses du MMPI-2 qui ne révèlent pas une érotisation des relations, ni un comportement séducteur, mais une quête d'affection. Nicole dit par exemple ne pas aimer flirter et ne pas se préoccuper de son apparence, mais elle dit s'efforcer à être toujours agréable et ne pas recevoir toute la compréhension ou sympathie dont elle a besoin. Ces derniers éléments peuvent être mis en lien avec la quête perpétuelle d'affection des personnes hystériques. Les scores élevés obtenus à l'échelle clinique de paranoïa 6-Pa et aux sous-échelles de Harris-Lingoes D5 de Ruminantion, Pd1 de Conflits familiaux et Pd4 d'Aliénation mentale révèlent une sensibilité et méfiance par rapport à autrui, un sentiment d'infériorité, un manque d'affection ressenti, un sentiment de manque de compréhension de sa famille.

Le test de Rorschach, quant à lui, ne permet pas de confirmer cette hypothèse. Seulement deux kinesthésies sont perçues mais elles sont d'une mauvaise qualité formelle et renvoient respectivement à une relation d'objet de niveau limite-narcissique avec un mouvement de repli et à une relation d'objet de niveau œdipien génital, de type interaction positive.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Lors des entretiens, le recours à la théâtralisation est observable à travers les différentes somatisations. Le recours à la régression se retrouve, quant à lui, lorsqu'elle évoque l'inversion des rôles entre elle et ses enfants.

Au test de Rorschach, Nicole utilise massivement le refoulement et l'inhibition. Il se retrouve dans les quatre banalités perçues, le faible nombre de réponses données, ainsi qu'à

Analyse des données cliniques de Nicole.

travers l'accent mis sur le non-savoir et la non-reconnaissance. Le recours à la théâtralité peut se retrouver dans les gémissements, dans la démonstration de ses douleurs.

Le MMPI-2 ne révèle aucune régression, ni refoulement hormis une certaine inhibition observable lors des thématiques sexuelles. En revanche, la tendance à l'exagération révélée par les scores obtenus aux échelles de validité F et Fb, ainsi qu'à l'échelle clinique d'hypomanie 9-Ma, peut être assimilée à la dramatisation, ainsi qu'au désir d'attirer l'attention qui se retrouvent dans les structures de personnalité hystérique.

**B. Présentation de dix hommes présentant
une structure de personnalité hystérique.**

I – Analyse des données cliniques de Bernard.

1. Anamnèse.

Bernard est un homme âgé de 47 ans, consultant dans une structure de soins médico-psychologiques, suite à un accident de la voie publique. Lors du premier entretien, il mentionne une vie amoureuse tumultueuse et insiste tout particulièrement sur l'importance de son apparence. Ces quelques éléments ont conduit à émettre comme hypothèse celle d'une possible structure hystérique.

Au niveau sentimental, Bernard est actuellement célibataire, après avoir été marié deux fois : une première fois lorsqu'il avait 20 ans, durant un an, et une seconde fois à 26 ans, pendant douze ans. Il explique les causes des divorces de la façon suivante : le premier divorce est dû « à leur jeunesse, au manque de maturité » ; le second, quant à lui, est dû à la santé mentale de son ancienne épouse (Madame faisait « des psychoses et des dépressions »). Autour de ces deux mariages, Bernard a eu de nombreuses « copines que je compte plus ». Parmi ces amies, plusieurs étaient plus jeunes que lui. Sa seconde épouse était d'ailleurs sa cadette de quinze ans. Il explique qu'il s'agissait pour la plupart que de brèves amourettes et ajoute que c'est la première fois qu'il est célibataire, ce qu'il vit difficilement. Cela témoigne d'une vie amoureuse riche et le choix de femmes plus jeunes que lui peut questionner sur la non-résolution du conflit œdipien.

Bernard prête une grande importance aux détails physiques : « Je fais attention à moi. Je m'habille comme un jeune, je ne fais pas mon âge ». Le fait d'avoir pris du poids avec la cortisone, perdu ses dents à cause de l'accident, l'affecte énormément, bien qu'il ne veuille pas le montrer dans un premier temps. Il parle de « revivre » lorsque cette période sera passée, qu'il aura perdu du poids et aura de nouvelles dents. Ceci témoigne de la présence d'affects dépressifs.

Très régulièrement, il parle des femmes, du regard de ces dernières sur lui : « Avant mon accident, j'allais à des terrasses de café pour rencontrer des femmes. Elles venaient vers moi. J'attends de pouvoir en rencontrer de nouveau. J'ai envie d'aller redanser, voir des

femmes. ». Actuellement, il contacte des femmes via des réseaux sociaux. Il se décrit comme « *sensible et tombe vite amoureux* ». Il se place en position de victime dans ses relations amoureuses, en disant être toujours « *tombé sur les mauvaises femmes. Elles profitent de ma gentillesse. Je leur payais tout.* ». Il explique également : « *J'ai besoin d'une femme pour qu'elle s'occupe de moi. J'en avais une que je regrette beaucoup. Elle s'occupait bien de moi. Elle me coupait les ongles des pieds et tout.* ». Il décrit alors davantage une relation mère-fils où la mère s'occupe de son enfant, qu'une relation amoureuse : ceci peut témoigner de nouveau d'un conflit œdipien non résolu.

Cette envie et ce besoin de séduire, de plaire, ces comportements séducteurs sont similaires aux traits de caractère renvoyant à un fonctionnement hystérique. Cette vie amoureuse tumultueuse peut également traduire un conflit œdipien irrésolu. Comme vu précédemment, cette quête de séduction peut aussi servir à contrer une éventuelle crainte de l'identité sexuelle.

Au niveau familial, Bernard décrit une famille unie, où chacun vit dans le même quartier, certains allant jusqu'à vivre dans le même immeuble.

Il est le fils d'une fratrie de sept enfants : il a deux sœurs aînées, une sœur et trois frères cadets. Il explique qu'il y a une très bonne entente au sein de la fratrie et qu'il est particulièrement proche d'une de ses sœurs aînées. Cette dernière l'appelle plusieurs fois par jour. Ses parents sont divorcés depuis une trentaine d'années, à la suite d'une infidélité du père. Ils seraient restés en bons termes pour le bien des enfants. Son père était peu présent car souvent en déplacement pour le travail.

Bernard dit que sa famille compte beaucoup pour lui, « *surtout ma mère ! C'est beau tout ce qu'elle a fait pour moi, elle a toujours été présente pour moi. Elle m'a jamais laissé tomber* ». Il a des contacts téléphoniques quotidiens avec celle-ci. Ceci va dans le sens d'un lien œdipien fort.

Sa sœur aînée et principalement sa mère le conseillent sur ses relations amoureuses, le mettent en garde contre les femmes qui profiteraient de lui. Cette mère qui se place comme conseillère des relations amoureuses de son fils de 47 ans entretient le conflit œdipien présent chez Bernard.

Bernard a eu trois enfants de son second mariage : un fils de 17 ans et deux filles de 15 et 11 ans. Les trois enfants ont été placés dans des familles d'accueil différentes, il semblerait à la suite de la pathologie psychiatrique de la mère. Bernard aurait des contacts téléphoniques avec ceux-ci tous les 15 jours approximativement.

Au niveau relationnel, Bernard explique son besoin d'être entouré, d'avoir des amis. Avant son accident, il sortait beaucoup, avait de nombreuses « *soirées arrosées* ». Il se décrit comme mettant toujours l'ambiance lorsqu'il est en groupe. Depuis son accident, il ne voit plus ses amis, dit être déçu de leur comportement. Aucun n'est venu le voir durant son hospitalisation et ajoute « *Ils en voulaient qu'à mon argent. Je payais souvent le restaurant et les tournées dans les bars.* ».

D'un point de vue santé, Bernard dit avoir toujours été en bonne santé jusqu'à son accident de la voie publique, à la suite duquel il souffre d'une tétraparésie. La tétraparésie est une légère paralysie des quatre membres, les muscles ne pouvant plus se contracter correctement, suite à des perturbations neurologiques au niveau de la moelle épinière et du cou. Il ne souvient pas souffrir de douleurs, maux récurrents, avant cet accident. Il se décrivait comme quelqu'un d'actif et sportif. Depuis son hospitalisation, plusieurs douleurs persistent. Sa motricité est quelque peu réduite : il utilise une béquille pour se déplacer, ses mains sont crispées et ses jambes légèrement raides. Il se préoccupe beaucoup de sa santé car il craint de ne jamais retrouver un usage normal de ses quatre membres et toute son autonomie. Avant son accident, il exerçait le métier de maçon coffreur, qu'il ne peut actuellement plus pratiquer.

Concernant les possibles addictions, il a réduit sa consommation d'alcool car il était alcoolisé lors de son accident. Il considérait cette consommation comme « *festive* ». Actuellement, il dit ne plus consommer d'alcool, hormis lors de repas parfois.

Bernard est coopérant lors du premier entretien, consistant à faire connaissance. Puis aux entretiens suivants, il est plus sur la défensive, mais progressivement un climat de confiance s'est instauré. De nouveau, Bernard est plus ouvert, moins défensif. Ajoutons qu'il est parfois dans la séduction.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Bernard, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 27, p 561.

a) D'un point de vue quantitatif.

Si nous nous appuyons sur les critères donnés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) de l'hystérie au test de Rorschach, il y a moins de deux réponses kinesthésiques K (K=0), les réponses Dd et Dbl sont inexistantes. Il n'y a pas de refus mais un équivalent choc à la planche IX où le temps de latence est considérablement plus long. L'investissement moteur (Bernard prend quasiment toutes les planches dans ses mains, les retourne plusieurs fois), dont parlait Timsit (1974), est également présent dans ce protocole.

En revanche, le TRI est coartatif (TRI = 0 K / 0,5 Σ C). Le F% extrêmement élevé (F% = 93) témoigne de l'inhibition. Le F+% se trouve dans les normes (F+% = 75) et le G% est supérieur à la norme (G% = 26,7). Le nombre de réponses est inférieur aux normes habituelles (R=15).

b) D'un point de vue qualitatif.

Globalement, Bernard est sensible aux contenus latents des planches du test de Rorschach, ce qui est caractéristique des structures névrotiques : bonne sensibilité au contenu latent de cinq planches (IV, V, VI, VII et X), sensibilité partielle au contenu latent de quatre planches (I, II, III et IX) et pas de sensibilité au contenu latent de la planche VIII.

Bernard donne des réponses reflétant majoritairement une représentation de soi entière et unitaire (dix représentations de soi entières et unitaires contre cinq représentations non unitaires) et sept des représentations sont sexuées ; ce qui témoigne de l'absence de l'atteinte de l'unité corporelle malgré la tétraparésie dont il souffre. Ses assises narcissiques ne semblent pas fragilisées même si Bernard a recours à la dévalorisation à la planche VII (Crit Obj).

Au niveau défensif, Bernard a principalement recours à l'inhibition, au refoulement, au recours à la réalité et à la régression (réponses faisant référence à des personnages de bandes dessinées à la planche II, à des animaux imaginaires de contes aux planches IV et VI, au monde aquatique à la planche X) principalement, Il utilise également l'annulation rétroactive, l'isolation, le recours à l'imaginaire, la projection de la dépression, le recours à l'agir, la dévalorisation et une tentative d'intellectualisation. Le faible nombre de

Analyse des données cliniques de Bernard.

réponses (R=15) traduit l'intensité de l'inhibition et le peu de banalités bien perçues (ban = 3) témoigne de l'échec relatif du refoulement relayé le plus souvent par des mécanismes de la série obsessionnelle. Ces mécanismes de défense semblent efficaces et semblent avoir permis à Bernard de se dégager de l'angoisse provoquée par le test puisque l'indice d'angoisse est nul.

Toutefois, l'angoisse de castration est au centre du protocole. Dès la première planche, Bernard remarque un détail phallique. Puis aux planches IV et VI, il se focalise et interprète uniquement les parties saillantes des planches. Le détail phallique est associé à un contenu puissant, proche de l'agressivité car il voit un dragon, mais il voit uniquement la tête de ce dragon, il donne donc une réponse parcellaire, reflétant l'angoisse de castration. De plus, à la planche VIII, Bernard refoule dans un premier temps les parties latérales, détails qu'il associera, dans un second temps, à un contenu symbolisant la puissance phallique. Ceci confirme donc de nouveau une lutte contre l'angoisse de castration.

Le conflit œdipien non résolu fait surface lorsque Bernard rejette la planche qu'il a choisi comme étant la planche paternelle (planche X). Bien qu'il symbolise le phallique, il y a une plus grande attractivité pour le maternel, le féminin. Bernard donne de nombreuses réponses renvoyant à des vêtements féminins, identifie des femmes aux planches, comme à la planche III qu'il choisit pour représenter sa mère. De plus, il choisit une planche maternelle (planche VII) pour se représenter, ce qui peut renvoyer à la non-résolution du conflit œdipien.

Ce choix de la planche VII pour se représenter peut également témoigner de la difficulté d'identification sexuelle présente au sein de l'hystérie, planche à laquelle il donne un contenu féminin, alors qu'il perçoit des contenus phalliques aux planches IV et VI. De plus, parmi les sept représentations de soi sexuées données par Bernard, seulement deux symbolisent le masculin-phallique. Alors qu'à la planche III, les personnes identifient généralement des personnes du même sexe qu'elles, Bernard voit « *deux blacks, deux noires, de sexe féminin* », tout comme à la planche VII, où il perçoit « *des personnages de sexe féminin* ».

Au niveau de la relation d'objet, aucune kinesthésie n'est vue. Ceci témoigne d'un important retrait narcissique. L'évitement de la relation peut être associé à la dimension phobique présente dans les organisations hystéro-phobiques. En revanche, sa réponse à la

méthode associative de la planche VIII, laisse suggérer une possible érotisation des contenus de cette même planche.

De plus, à la dernière planche, il est capable de donner des contenus animaux entiers, n'a pas besoin de lutter contre le morcellement de cette planche. Il remarque l'éparpillement de la planche, bien qu'il ne puisse interpréter tous les détails. Seuls les fonctionnements hystériques sont assez solides pour ne pas avoir à lutter contre le morcellement réactivé par la planche X, en étant obligé de donner une réponse globale.

Pour résumer, nous pouvons dire que l'ensemble des indices apportés par le test de Rorschach : le poids des mécanismes d'inhibition, le recours massif à la régression, l'angoisse de castration présente, le conflit œdipien non résolu et la problématique de l'identification sexuelle, confirment bien le diagnostic d'organisation hystérique à valence phobique.

Il semblerait que Bernard présente une structure hystéro-phobique. L'orientation phobique se manifeste notamment par les découpes faites par Bernard aux planches compactes IV et VI, par l'évitement de la relation (aucune réponse kinesthésique n'apparaît dans ce protocole) et par le faible nombre de réponses données pouvant s'expliquer par l'inhibition associée à cette orientation phobique. Cette composante phobique se retrouve également au travers des bestiaires fantasmés (le cafard et les têtes de dragon notamment).

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Bernard constitue l'annexe 28, p 567.

La passation de ce test s'est réalisée en trois fois, Bernard au bout de quelques questions souhaitant arrêter et poursuivre à un prochain entretien. Nous pouvons nous interroger sur la nature de ce comportement : est-il dû à la fatigue liée à la longueur du test, est-ce une stratégie pour avoir d'autres entretiens, se faire remarquer davantage, ou est-ce une tentative de fuite, d'évitement de la situation de test ?

a) D'un point de vue quantitatif.

Les différents scores obtenus aux échelles de validité et échelles cliniques du MMPI-2

Analyse des données cliniques de Bernard.

témoignent d'une tendance de Bernard à exagérer, à vouloir se montrer sous un jour favorable, ce qui peut respectivement être mis en lien avec la théâtralisation, la dramatisation et le besoin de séduction des personnes hystériques (L=70, F=73, Fb=79 et F-K= -6).

Bernard a obtenu un score T à l'échelle clinique d'hystérie 3-Hy, supérieur à la norme de l'échantillonnage (3-Hy=69). Les sous-échelles Harris & Lingoes révèlent que ce sont un sentiment de malaise, de fatigabilité et des plaintes somatiques qui rendent le score T à cette échelle supérieur à la norme (Hy3 = 70 et Hy4 = 72). Cette échelle clinique évalue principalement les plaintes somatiques de l'hystérie. Suite à son accident, Bernard ressent effectivement plusieurs douleurs dans le corps. Si le MMPI-2 avait été passé avant cet accident, les résultats auraient peut-être été différents. Ces plaintes somatiques se retrouvent par ailleurs à travers les scores obtenus à l'échelle clinique d'hypocondrie 1-Hs (1-Hs=69), à la sous-échelle de Harris-Lingoes D3 de Dysfonctionnement physique (D3=83), ainsi qu'à l'échelle de contenu HEA des Préoccupations somatiques (HEA=70).

Bernard obtient un faible score à l'échelle d'introversion sociale 0-Si (0-Si=41). Ce score témoigne du fait que Bernard est un homme sociable, extraverti, ayant besoin de la présence de personnes à ses côtés. Ceci s'apparente également aux caractéristiques de l'hystérie.

b) D'un point de vue qualitatif.

Le faible score obtenu à l'échelle 5-Mf de masculinité-féminité (5-Mf=44) témoigne de l'envie de Bernard de se présenter comme très masculin. Aux différentes questions concernant la masculinité et la féminité, il répond de façon défensive, en employant un ton d'évidence. Par exemple, aux items 62 sur le désir d'être une femme et 371 sur le désir d'être de l'autre sexe, Bernard répond immédiatement « *Ah ça non !* ». Il en est de même aux items demandant s'il jouait à la poupée ou à la dinette enfant (items 272 et 384). Ceci peut-être une manière défensive de répondre à une éventuelle problématique d'identification sexuelle.

Concernant les questions ayant trait à la sexualité, Bernard y répond globalement de façon affirmative : il aime parler de sexe (item 209), voudrait ne pas être obsédé par des pensées d'ordre sexuel (item 268), n'est pas gêné par les « histoires cochonnes » (item 351), dit que lorsqu'un homme se trouve avec une femme, il pense généralement à des choses portant sur le sexe (item 436), et beaucoup de gens seraient coupables d'avoir une mauvaise conduite sexuelle (item 470). Il se peut que Bernard parle de lui-même dans cette dernière

question. Il dit faire de nombreux rêves en lien avec le sexe (item 287), répond aimer flirter (item 189), être particulièrement préoccupé de l'effet qu'il produit (item 335) et aimer porter des vêtements chers (item 456). Ceci ne fait que conforter le besoin de séduction, de plaire. Toutefois, il ajoute que sa vie sexuelle est insatisfaisante actuellement (item 12) car depuis son hospitalisation, il n'a pas rencontré de femme. À l'item 483, « on ne me trouve pas séduisant », il entre dans une séduction, en me demandant de répondre à la question et finit par conclure que les femmes le trouvent séduisant.

Il indique avoir eu des déceptions amoureuses (item 219) et avoir été amoureux de nombreuses fois (item 291), ce qui peut témoigner de sa vie amoureuse compliquée.

À l'item 473, il indique que la personne à laquelle il était le plus attaché et qu'il admirait le plus dans son enfance était sa mère et à l'item 425, il décrit son père comme strict avec lui. Ceci peut témoigner d'un conflit œdipien non résolu. Bernard dit qu'il souhaiterait être un enfant de nouveau (item 348), ce qui renvoie également à un conflit œdipien irrésolu, mais aussi à un mouvement régressif, régression retrouvée au test de Rorschach.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Les difficultés d'identification sexuelle peuvent se retrouver dans la quête de séduction pouvant servir à contrer une éventuelle crainte de l'identité sexuelle.

Au test de Rorschach, ces difficultés sont révélées par le fait que les représentations de soi sexuées données par Bernard soient majoritairement féminines, y compris à la planche III, où il voit « *deux blacks, deux noires, de sexe féminin* » alors que les hommes identifient généralement des hommes à cette planche. De plus, il choisit la planche VII pour se représenter, planche à laquelle il a également identifié deux femmes. Notons également une attraction pour le féminin, bien que déqualifié parfois, aux planches III, VII, VIII et IX, tandis que les références phalliques sont bien moins nombreuses.

Les réponses données aux MMPI-2 témoignent de l'envie de Bernard de se présenter comme quelqu'un de très masculin. Aux différentes questions concernant la masculinité et la féminité, il répond de façon défensive, comme s'il avait besoin de se protéger d'un problème d'identification sexuelle. Ceci est confirmé par le score obtenu à l'échelle clinique 5-Mf.

Analyse des données cliniques de Bernard.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

L'angoisse de castration est l'angoisse dominante dans le protocole de Rorschach de Bernard. Elle se retrouve dès la première planche, mais surtout aux planches IV et VI, planches auxquelles il interprète uniquement les parties saillantes, en donnant à ces détails phalliques, des contenus puissants (une tête de dragon). Le fait qu'il donne des réponses parcellaires, en voyant uniquement la tête du dragon, reflète l'intensité de l'angoisse de castration. Angoisse encore prégnante à l'enquête lorsque Bernard dit « *je ne vois pas la queue* ». L'angoisse de castration est également perceptible à la planche VIII où il refoule dans un premier temps les parties latérales de la tâche, auxquelles il attribuera, à l'enquête, un contenu symbolisant la puissance phallique (« *deux taureaux* »). Le fait que peu de références phalliques soit perçu par Bernard peut venir témoigner de la tentative de refoulement de l'angoisse de castration générée par les planches du test de Rorschach.

Aucun élément de l'anamnèse et du MMPI-2 ne permet de confirmer ou infirmer cette hypothèse.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

A travers l'anamnèse, un conflit œdipien apparaît lorsque Bernard décrit une relation de couple comme davantage une relation mère-enfant ou encore lorsqu'il explique que sa mère le conseille dans sa vie amoureuse. De plus, lors des entretiens, il parle souvent de sa mère, parle de tout ce qu'elle fait pour lui, qu'il lui est reconnaissant, mais ne parle que très rarement de son père. Il décrit une grande proximité avec sa mère, évoque entre autres des appels téléphoniques quotidiens. Enfin, lorsqu'il parle de ses relations, il décrit une vie amoureuse compliquée, parle de son besoin permanent d'être en couple : cette vie amoureuse tumultueuse peut être mise en lien avec la non résolution du conflit œdipien.

Ce conflit œdipien irrésolu s'exprime également au test de Rorschach, par le fait qu'il rejette la planche qu'il a choisi comme étant la planche paternelle (planche X), par une plus grande attractivité pour le maternel, le féminin, que pour le phallique et par le fait qu'il s'associe à la figure maternelle en choisissant la planche VII pour se représenter.

Au MMPI-2, il indique que la personne à laquelle il était le plus attaché et qu'il admirait le plus dans son enfance était sa mère, décrit son père comme strict avec lui et souhaiterait être de nouveau un enfant. Ces éléments peuvent témoigner de la non-résolution du conflit œdipien.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Bernard se montre séducteur lors des entretiens, ce qui témoigne d'une érotisation des relations. Il a besoin d'être entouré, de se sentir apprécié, ce qui peut notamment expliquer sa grande générosité qu'il décrit et qui pourrait avoir pour but de trouver toute l'affection qu'il recherche.

Le test de Rorschach ne permet pas de confirmer cette hypothèse car Bernard ne perçoit aucune kinesthésie au test de Rorschach, ce qui témoigne d'un important retrait narcissique. Toutefois, la méthode associative à la planche VIII, laisse suggérer une possible érotisation des contenus.

Certains scores du MMPI-2 révèlent une tendance à vouloir se montrer sous un jour favorable, ce qui peut être associé à un besoin de séduction, tout comme le fait qu'il dise aimer flirter, être préoccupé de l'effet qu'il produit, être séduisant. Les scores du MMPI-2 décrivent également Bernard comme un homme sociable, extraverti et ayant besoin de personnes à ses côtés.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Lors de entretiens, Bernard n'est pas dans la théâtralisation. Un mouvement régressif est remarquable dans la façon dont il se positionne dans le couple en se laissant pouponner, comme un enfant par sa mère.

Au test de Rorschach, il utilise massivement l'inhibition, le refoulement, ainsi que la régression au test de Rorschach. Le refoulement s'exprime à la planche II où Bernard refoule la dimension sexuelle ; à la planche III, où il refoule la pulsion agressive et donne une banalité ; aux planches V et X où il perçoit la banalité ; à la planche VIII où il refoule la puissance phallique ; et à la planche IX où le refoulement s'exprime par le non-savoir. Il est toutefois à noter que ce refoulement échoue à plusieurs reprises, comme à la planche I où Bernard n'accepte pas la banalité ; à la planche VI où la banalité est détériorée ; ou encore à la planche VIII où une fantasmagorie à connotation sexuelle érotisée émerge à la méthode associative. La régression se retrouve dans les diverses références aux animaux imaginaires de conte ou aux animaux aquatiques. Cette régression infantile, typique des fonctionnements hystéroïdes se retrouve également lors de la méthode associative à la planche II, lorsqu'il dit être encore un enfant et visionner des dessins animés ou encore à la planche X à travers les souvenirs de ses vacances à la mer.

Analyse des données cliniques de Bernard.

Au MMPI-2, le recours à la régression apparaît lorsqu'il dit souhaiter être de nouveau un enfant. Les scores obtenus aux échelles de validité attestent d'une tendance à exagérer, pouvant être mise en lien avec la théâtralisation, dramatisation.

II – Analyse des données cliniques de Bilal.

1. Anamnèse.

Bilal est un jeune homme âgé de 25 ans, lors de la recherche.

Au cours des différents entretiens, il est particulièrement dans la plainte somatique, se dit « inquiet » par rapport à sa santé. Il dit souffrir notamment de céphalées qu'il explique par plusieurs accidents : « *J'ai eu quatre traumatismes crâniens. J'ai fait une chute de 12 mètres. Une fois, mon frère m'a mis deux grosses droites. J'ai aussi eu un accident de voiture et j'ai été agressé.* ». Bilal a eu dernièrement des consultations en neurologie. Les résultats n'attestent d'aucune séquelle mais ceci ne parvient pas à le rassurer : « *J'ai tout le temps mal. J'ai peur car c'est à la tête. La tête, c'est central. Je suis anxieux, paniqué. J'ai peur de devenir un légume. Parfois, c'est comme si j'allais perdre connaissance. J'ai des picotements dans les membres, des vomissements aussi. C'est vraiment réel ! C'est pas à cause du stress, ces douleurs ! Ça fait deux fois que je tombe dans les pommes en deux semaines.* ». Bilal dit faire des migraines ophtalmiques depuis ses 16 ans et une hyper-thyroïdie aurait été décelée mais il semblerait qu'aucun nouvel examen n'ait été fait. Il fait également part de troubles du sommeil, de difficultés d'endormissement.

Bilal s'est marié à l'âge de 22 ans, après un an de relation avec une femme de trois ans son aînée : « *J'étais trop love. J'étais hystérique. C'est une erreur de jeunesse. Ma femme m'avait demandé en mariage et j'avais accepté.* ». Depuis peu, il a lancé une procédure de divorce : « *Il y a des problèmes de compréhension. Je pense que rompre peut être une solution.* ». Bilal semble indécis quant à sa vie amoureuse, ne pas être certain que le divorce soit une solution. Il entretient un lien avec sa femme. Il semblerait que ce ne soit pas la première fois que le couple rencontre des difficultés : « *On s'est déjà séparés. Je l'ai trompée pendant le break. Je regrette maintenant. Depuis, c'est compliqué entre nous deux et je sais pas ce que je veux.* ». Il dira plus

Analyse des données cliniques de Bilal.

tard, fréquenter une autre jeune femme, avec qui il a eu une relation lorsqu'il était plus jeune. Il semble avoir eu plusieurs relations amoureuses, avant son mariage, principalement de courte durée.

Bilal n'a pas d'enfant : « *Ma femme a fait une fausse couche. C'était dur. J'ai peut-être un enfant dans le sud. C'était quand j'ai trompé ma femme. Je sais pas si je suis le père. Je pense que je l'ai mise enceinte au premier rapport. Je voulais qu'elle avorte. Je crois que c'est une fille mais je sais ni son nom, ni sa date de naissance. Je l'avais quittée car ma femme m'avait rappelé et elle m'avait fait croire que ça marcherait. Un jour, j'appellerai peut-être pour en savoir plus sur cette fille. Je culpabilise quand même.* ».

Il dit être « *précoce dans mes expériences. J'ai vécu beaucoup de choses, jeune.* ».

Concernant son enfance, son environnement familial, sa relation avec ses parents, Bilal explique : « *J'ai pas eu une enfance facile. C'était pas toujours rose entre mes parents. J'aurais préféré qu'ils divorcent.* ». Il semblerait que son père était violent avec sa mère et qu'il consommait de l'alcool. De plus, son père se serait marié avec une autre femme, au Maroc, à l'insu de sa mère, et aurait fait un enfant avec cette deuxième femme mais n'aurait jamais pris de nouvelles de ce dernier. Un parallèle peut être fait avec l'histoire de Bilal qui semble répéter l'histoire de son père. Il ajoute « *Je m'entends bien avec ma mère. Avec mon père... on se reparle... après trois ans de silence... Enfin, on se parle pas vraiment. Il y a pas de contact direct. C'est ma mère qui m'a dit qu'il voulait me reparler. [...] Ma mère me manque. Je la vois pas souvent. Et je m'inquiète pour elle. Elle aussi a des problèmes au niveau de sa santé. Elle a des problèmes de cœur et trois hernies. Moi aussi, j'ai une hernie au-dessus du nombril. [...] Je m'en veux de l'avoir fait souffrir avec mes conneries. Je lui ai dit. Elle me pardonne. Malgré que je l'aie déçue, je suis très proche d'elle. C'est un lien d'affection. Ma mère est la plus proche de moi. Elle me privilégie par rapport aux autres enfants. Ça a toujours été comme ça.* ». Ceci révèle une dynamique œdipienne, tout comme l'identification à sa mère par rapport aux problèmes de santé.

Bilal a une sœur et trois frères aînés. Il n'a de contact, ni avec sa sœur, ni avec son frère le plus âgé et « *parle sans plus* » à ses deux autres frères. Il n'explique pas d'où vient cette mésentente au sein de la fratrie, ajoute seulement être « *déçu. Ils m'ont pas montré le bon exemple.* ». En effet, comme ses frères, il est tombé dans la délinquance, a été dans plusieurs

bagarres, plusieurs vols. C'est à cela qu'il fait référence lorsqu'il dit avoir déçu sa mère avec ses « conneries ». Dans son histoire, un parallèle semble pouvoir être fait entre la rencontre avec l'autorité, c'est-à-dire les forces de la police ou encore la justice, et la conflictualité avec les identifications paternelles, ce qui pourrait être mis en lien avec un conflit œdipien non résolu, associé à la fragilisation de son instance surmoïque.

Bilal est d'origine marocaine. Enfant, il allait tous les ans au Maroc. Avec les différents problèmes judiciaires et conflits amoureux, il ne s'y est pas rendu depuis six ans.

Concernant d'éventuelles addictions, Bilal dit avoir arrêté le cannabis depuis peu mais fumer plus de tabac depuis. Ceci ne semble pas être la vérité car il se présente un jour en entretien sous l'emprise de stupéfiants, entretien qui n'a donc pas eu lieu, d'autant que Bilal se montrait particulièrement dans la séduction.

Tout au long des entretiens, Bilal est souriant, se montre charmeur. Il donne par exemple son pseudonyme sur les réseaux sociaux pour voir « *mon profil, les photos de moi et ce que j'écris*. ». Il donne l'impression de vouloir renvoyer une image positive de lui.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Bilal, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 29, p 571.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Parmi les critères énoncés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) de l'hystérie au test de Rorschach, nous retrouvons, dans le protocole de Bilal : un TRI extratensif ($TRI = 1 K / 6 \Sigma C$), moins de 2 réponses kinesthésiques ($K = 1$), moins de réponses FC que de réponses CF et C ($FC=1 < CF=-4$) et peu de réponses Dd et Dbl ($Dd=1 ; Dbl=0$).

Analyse des données cliniques de Bilal.

En revanche, le F+% n'est pas compris entre 50 et 60 (F+% = 69), le G% n'est pas particulièrement bas (G% = 40) et Bilal donne 30 réponses dont aucune ne repose sur l'estompage des planches.

b) D'un point de vue qualitatif.

Globalement, Bilal est sensible au contenu latent des planches, ce qui est caractéristique des structures névrotiques : bonne sensibilité au contenu latent de six planches (I, V, VI, VII, VIII et IX) et sensibilité partielle au contenu latent de quatre planches (II, III, IV et X).

Concernant la représentation de soi, Bilal donne autant de représentations de soi unitaires que non unitaires (quinze représentations de soi unitaires et quinze non unitaires). Les diverses plaintes somatiques peuvent justifier cette atteinte de la représentation de soi, de l'unité corporelle. Malgré cette atteinte, notons que parmi les différentes réponses données par Bilal, cinq renvoient à une représentation de soi sexuée et qu'une seule renvoie à la dévalorisation (Autocrit à la planche V). Ce dernier point permet de dire qu'il ne semble pas y avoir une fragilisation des assises narcissiques. Ceci est également confirmé par le fait que le blanc n'est que très peu intégré aux réponses.

Bilal a recours à divers mécanismes de défense mais utilise principalement le recours à la réalité et le refoulement (six banalités correctement perçues). Il utilise également la régression (réponses faisant référence aux bandes dessinées à la planche IV et au milieu aquatique à la planche X, régression passive à la planche VI) et le recours à l'imaginaire (1 K et 2 kob) ; et de manière beaucoup plus partielle, la projection de la pulsion agressive, l'inhibition, le recours à l'agir, l'intellectualisation et la dévalorisation. L'indice d'angoisse de 6% pourrait permettre de dire que les différents mécanismes de défense utilisés par Bilal semblent efficaces, toutefois la dynamique intra-planche est majoritairement régrédiente et de l'angoisse transparaît dans certaines réponses.

Concernant l'angoisse, l'angoisse de castration est dominante dans le protocole de Bilal puisqu'elle est perceptible à travers six planches des dix planches du test. Elle apparaît à travers

la thématique phobique de la planche I ; à travers l'équivalent choc face au rouge de la planche II ; la réponse Sang à la méthode associative de R7 et les contenus parcellaires biens vus à la planche III. L'équivalent Choc, le recours à la régression pour lutter contre la réactivation de l'angoisse à la planche IV, ainsi que le rejet de cette planche, témoignent également de la présence de l'angoisse de castration. Enfin, le contenu parcellaire donné à la planche compacte V et le rejet de la planche VI confirment la dominance de l'angoisse de castration. Ceci est donc caractéristique des protocoles Rorschach de patients présentant une structure de personnalité hystérique.

Une autre caractéristique est la présence du conflit œdipien. Ceci se retrouve à la méthode associative, lorsque Bilal, à la planche VII, est dans l'érotisation de la relation face à la planche maternelle et dans le fait qu'il rejette les deux planches à la symbolisation de la puissance phallique, à la symbolisation paternelle.

Comme dit précédemment, cinq représentations de soi sont sexuées : « *deux femmes* » à la planche III ; « *deux corps de femmes* » à la planche VII ; « *un pétale* » à la planche VIII ; et « *une fleur* » et « *une fleur avec une tige* » à la planche IX. Il s'agit donc de quatre représentations de soi féminines et une bisexuelle. Ceci confirme de nouveau une structure de personnalité hystérique car ces représentations peuvent témoigner d'une difficulté d'identification sexuelle. Ceci peut être confirmé par les « *deux hippocampes là, comme dans la mer* » perçus à la planche X, animal pouvant mener à la confusion puisqu'il s'agit du mâle qui porte les œufs.

Parmi les trois kinesthésies perçues, seulement une renvoie à une relation d'objet de niveau œdipien-génital, de type interaction positive (R20 à PVII). Les autres renvoient à des relations d'objet de niveau limite-narcissique (R5 à PII ; R7 à PIII).

Enfin, Bilal est capable de symboliser le masculin-phallique (R10, R20), le féminin-maternel (R11, R20, R23, R24, R27, R28, R30), ainsi que la pulsion agressive (R5). Notons une plus grande symbolisation de la dimension féminin-maternel.

Analyse des données cliniques de Bilal.

L'angoisse de castration dominant le protocole, la présence du conflit œdipien, la difficulté d'identification sexuelle, le recours au refoulement, confirment l'hypothèse selon laquelle Bilal présente une structure de personnalité hystérique.

Comme vu précédemment, deux types de structure hystérique existent. A la vue de l'atteinte de l'unité corporelle pouvant être mis en parallèle avec les plaintes somatiques de Bilal, ce dernier semble présenter davantage une structure d'hystérie de conversion.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Bilal constitue l'annexe 30, p 578.

a) D'un point de vue quantitatif.

Bilal obtient un score supérieur aux normes de l'échantillonnage à l'échelle clinique d'hystérie (3-Hy=69). L'analyse des sous-échelles Harries-Lingoes permet de voir que c'est l'obtention d'un score élevé à la sous-échelle Hy4 qui élève le score de l'échelle clinique 3-Hy. L'élévation de cette sous-échelle Hy4 : Plaintes somatiques (Hy4=86) permet de confirmer l'hypothèse d'hystérie de conversion, tout comme l'élévation des scores aux échelles d'hypocondrie (1-Hs=77), D3 (D3=83) et HEA (HEA=78).

Notons également que Bilal semble désireux ou ressent le besoin de se présenter comme extrêmement masculin, d'exhiber sa virilité (5-Mf=32), ceci peut révéler une lutte contre des difficultés d'identification sexuelle.

Les scores décrivent Bilal comme un homme sociable, extraverti, aimant créer des relations (0-Si=36). Plusieurs scores révèlent également un sentiment d'incompréhension de la part des autres, un sentiment de rejet social (Pd1=78 ; Pa1=88 ; Sc1=72). Ces éléments peuvent refléter un fonctionnement relationnel similaire de celui des structures de personnalité hystérique.

b) D'un point de vue qualitatif.

Qualitativement, les réponses de Bilal ne mettent pas en avant une structure de

personnalité dite hystérique.

Le conflit œdipien ne transparait pas dans les réponses de Bilal. Ce dernier ne donne pas de réponses différentes aux questions portant sur chacun de ses deux parents. Ses réponses ne témoignent également pas de difficulté d'identification sexuelle : à l'item 371, il répond n'avoir pas souvent désiré être de l'autre sexe et ne jamais avoir souhaité être une fille à l'item 62. Enfin, ses réponses ne révèlent également pas de régression : Bilal dit ne pas souhaiter être un enfant à nouveau (item 348).

En revanche, certaines de ses réponses témoignent d'une érotisation des relations. Par exemple, Bilal dit apprécier flirter (item 189).

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Le mariage précoce de Bilal, pour notre société actuelle, peut nous faire interroger sur les enjeux de celui-ci. Baudin, dans un article de 2002, explique que le statut de femme mariée pourrait donner aux jeunes femmes, une « enveloppe identitaire ». Ce concept d'enveloppe identitaire ne pourrait-il pas être repris dans le cas de Bilal où le rôle d'homme marié viendrait pallier d'éventuelles difficultés d'identification sexuelle, ce qui viendrait confirmer cette première hypothèse ?

Cette hypothèse est plus nettement confirmée par le test de Rorschach. Effectivement, le fait que Bilal donne quatre représentations de soi féminines et une bisexuelle : « *deux femmes* » à la planche III ; « *deux corps de femmes* » à la planche VII ; « *un pétale* » à la planche VIII ; « *une fleur* » et « *une fleur avec une tige* » à la planche IX ; et aucune représentation de soi masculine, peut témoigner d'une difficulté d'identification sexuelle. Ceci peut également être confirmé par la réponse : « *deux hippocampes là, comme dans la mer* » à la planche X, animal pouvant mener à la confusion car il s'agit du mâle qui porte les œufs.

Au MMPI-2, Bilal semble particulièrement désireux ou semble ressentir le besoin de se présenter comme extrêmement masculin, viril (5-Mf=32). Ceci peut nous questionner dans le sens où ce besoin peut révéler une éventuelle lutte contre des difficultés d'identification sexuelle.

Analyse des données cliniques de Bilal.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

L'anamnèse et le MMPI-2 ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette deuxième hypothèse.

En revanche, le test de Rorschach met en évidence la présence de l'angoisse de castration tout au long des réponses de Bilal. Cette angoisse transparait à travers la thématique phobique de la planche I ; via l'équivalent choc face au rouge de la planche II ; mais aussi via la réponse Sang à la méthode associative de R7 et les contenus parcellaires biens vus à la planche III. L'équivalent Choc, le recours à la régression pour lutter contre la réactivation de l'angoisse à la planche IV et le contenu parcellaire donné à la planche compacte V, témoignent de nouveau de la présence de l'angoisse de castration. Enfin, le rejet des planches IV et VI, planches réactivant l'angoisse de castration, confirme la dominance de cette angoisse.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Plusieurs éléments anamnestiques confirment la présence d'un conflit œdipien irrésolu. Tel est le cas lorsque Bilal exprime son souhait que ses parents divorcent lorsqu'il était enfant ou bien lorsqu'il parle de ce « *lien d'affection* » entre sa mère et lui et sa position privilégiée auprès de sa mère. L'identification à sa mère en évoquant les mêmes problèmes somatiques peut également confirmer la présence d'un conflit œdipien encore latent, tout comme le parallèle pouvant être fait entre la recherche inconsciente de rencontre avec l'autorité, en adoptant des conduites délinquantes, et la conflictualité avec les identifications paternelles.

Au test de Rorschach, ce conflit œdipien est perceptible lors de la méthode associative, lorsque Bilal, à la planche VII, est dans l'érotisation de la relation face à la planche maternelle. Il est également perceptible dans le fait que Bilal rejette les deux planches symbolisant la puissance phallique.

A l'inverse, le MMPI-2 ne permet pas de confirmer cette hypothèse, Bilal ayant répondu de la même manière aux questions portant sur chacun de ses parents.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Cette hypothèse est confirmée par le comportement séducteur de Bilal lors des entretiens, par son besoin de renvoyer une image positive de lui et par sa vie amoureuse riche. Effectivement, ce dernier s'est marié jeune, après un an de relation avec une femme de trois ans son aînée. Il est actuellement en procédure de divorce. Bilal semble indécis quant à sa vie amoureuse et évoque des ruptures et plusieurs relations amoureuses, principalement de courte durée, avant son mariage. Enfin, les diverses plaintes somatiques peuvent avoir pour objectif d'attirer l'attention d'autrui.

A l'inverse, le test de Rorschach ne permet pas de valider cette hypothèse. Parmi les trois kinesthésies perçues, seulement une renvoie à une relation d'objet de niveau œdipien-génital, de type interaction positive (R20, PVII), les autres renvoyant à des relations d'objet de niveau limite-narcissique.

Enfin, les réponses et scores obtenus aux différentes échelles du MMPI-2 décrivent Bilal comme sociable, extraverti, aimant créer des relations ; témoignent d'une érotisation des relations et révèlent également un sentiment d'incompréhension, de rejet social, ce qui peut refléter la crainte de perdre l'amour d'autrui et donc justifier la quête perpétuelle d'affection.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

L'anamnèse révèle un recours à la dramatisation lorsque Bilal fait part de diverses plaintes somatiques.

Le test de Rorschach révèle que Bilal utilise principalement le recours à la réalité et le refoulement, comme mécanisme de défense et qu'il utilise plus partiellement la régression, le recours à l'imaginaire, la projection de la pulsion agressive, l'inhibition, le recours à l'agir, l'intellectualisation et la dévalorisation. Ceci confirme donc en partie cette dernière hypothèse. En revanche, aucune dramatisation ou théâtralisation n'est perçue.

Le MMPI-2 ne permet pas de valider cette dernière hypothèse car les réponses de Bilal ne témoignent d'aucune régression, ni de dramatisation.

III – Analyse des données cliniques de Denis.

1. Anamnèse.

Denis est âgé de 64 ans au moment de la recherche. Il s'agit d'un homme ayant souvent recours à la séduction, aux flatteries, face à ses interlocutrices, parlant sans difficultés, excepté lorsqu'il s'agit d'évoquer sa vie personnelle, où il se montre alors plus défensif, plus méfiant.

Après avoir été marié durant 38 ans, il est maintenant divorcé depuis environ 6 ans. Il ajoute toutefois « *j'aimerai toujours ma femme* ». Denis n'a pas d'enfants. Après plusieurs fausses couches, un bébé décédé au bout de quelques jours et une tentative d'adoption, Denis et son épouse ont cessé de chercher à devenir parents. Cette dernière serait devenue « *frigide* » à ce même moment. Denis a alors mené une double vie auprès d'une « *amie* », avait « *un double foyer* ». Il dira plus tard qu'il ne s'agit pas de sa première double liaison. Ces relations triangulaires instaurées par Denis peuvent rappeler la situation œdipienne.

Il ajoute « *c'est le drame de ma vie de ne pas avoir eu d'enfants et petits-enfants. Je trouvais ça auprès de mon amie* ». Peut alors se poser la question de l'atteinte de son image d'homme et/ou de ses assises narcissiques. Ceci peut également contribuer à une difficulté d'identification sexuelle, l'image d'homme étant fragilisée.

Ses parents sont décédés : son père lorsque Denis avait 20 ans et sa mère, il y a un mois. Le deuil de cette dernière n'étant pas fait, Denis préfère peu parler de sa mère, afin de ne pas se voir envahir par les émotions. Il dit avoir « *toujours été très proche de ma mère. J'étais son chouchou. J'étais toujours dans les jupons de ma mère. C'était une mère poule, elle me cédait tout* ». Il ajoute qu'il était aussi « *le plus proche de son père. Je ne me souviens pas de la relation de mes sœurs et frère avec mes parents* ». En effet, Denis a deux sœurs, dont une est décédée, et un frère. Denis décrit une bonne entente entre tous. Il relate une enfance et adolescence

« *heureuse* ». Mais nous pouvons constater que frère et sœurs sont exclus de son souvenir, Denis garde en mémoire une relation à trois, lui et ses deux parents. Il s'inscrit donc de nouveau dans une relation triangulaire de type œdipienne.

Denis a vécu avec sa mère et son épouse une trentaine d'années. Bien qu'il précise qu'il s'agissait d'une grande maison, dans laquelle chacun avait son propre espace, de nouveau, Denis s'est inscrit dans une relation triangulaire, a créé une situation œdipienne.

Il perçoit ceci lorsque ce dernier explique qu'il se confiait plus à sa mère, qu'à son père et il nomme ce phénomène « *le syndrome maternel* », en voulant très certainement faire référence au complexe œdipien.

Concernant la santé, Denis se dit « *presque aveugle* » (souffre d'une cataracte), évoque également des problèmes d'audition (acuité auditive diminuée) et dentaires. Il a eu un cancer, un lymphome B diffus à grandes cellules, qui a été soigné par une chimiothérapie. De ce cancer, reste une grande fatigue et une perte de sensibilité au niveau des mains et des pieds. Ces problèmes de santé pourront avoir un impact sur le protocole du test de Rorschach, comme les problèmes de vision qui peuvent avoir un impact sur la vision des couleurs et des formes ou un plus grand nombre de réponses anatomiques perçues.

Il évoque, avec beaucoup de nostalgie, les difficultés à vieillir et les choses qu'il ne peut plus faire comme avant. « *C'est beau la jeunesse. Après 50 ans, ça va trop vite* ».

Il est également à noter que Denis a fait, dans le passé, une tentative de suicide par phlébotomie, dans un contexte de rupture sentimentale. Il dit s'être senti « *trahi, humilié* » lorsqu'il a découvert « *son amie* » avec un autre homme, ce qui témoigne d'une fragilité des assises narcissiques.

A plusieurs reprises, Denis dit « *ne pouvoir vivre sans femmes. C'est impensable* ». Il ajoute « *j'ai toujours été attiré par les femmes* ». Il dit « *aimer la compagnie des femmes, même si ça reste platonique. C'est plus agréable, plus doux. Je m'entends mieux avec les femmes. C'est plus simple de leur parler. [...] J'ai passé ma vie avec des femmes* ».

Il se remémore, avec plaisir, plusieurs aventures, avec des femmes brunes, rousses ; dit n'avoir « *jamais eu l'occasion d'être avec une vraie blonde* ». Son atout de séduction est, selon lui, sa voix grave, pouvant être synonyme de virilité et pouvant rassurer Denis sur son identité

Analyse des données cliniques de Denis.

sexuelle. Il explique, avec un grand sourire sur son visage, qu'il a « *une voix qui plait. Je n'ai pas besoin de me présenter au téléphone, on reconnaît de suite ma voix. Les femmes m'ont souvent dit qu'elles aimaient ma voix grave* ».

Il se dit « *vieux jeu* », lorsqu'il évoque sa conception du couple selon laquelle « *la femme s'occupe de l'intérieur et de moi ; et moi de l'extérieur* ». Ainsi lorsque son ex-épouse a cessé de travailler, Denis était content que cette dernière ait plus de temps pour s'occuper de lui. Ceci pourrait s'apparenter à un désir infantile d'être dorloté par une bonne mère et donc renvoyer à une dynamique régressive et de nouveau à un conflit œdipien non résolu.

Denis se décrit comme étant « *trop gentil et très fier* » et dit sur le ton de l'humour qu'il ne trouve pas de défaut chez lui, ce qui peut renvoyer à une défense contre ses failles narcissiques. Il ajoute qu'il ne considère pas ses adultères comme un défaut, personne en ayant souffert selon lui. Il dit être « *un homme de contact, très sociable, ouvert mais méfiant par moment, aussi naïf* ». Denis fait aujourd'hui du bénévolat dans une banque alimentaire pour être au contact des personnes, après avoir exercé en tant que technicien expéditeur.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Denis, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 31, p 582.

a) D'un point de vue quantitatif.

Plusieurs des critères donnés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) de l'hystérie au test de rorschach valident l'hypothèse de structure hystérique chez Denis. Le TRI est bien extratensif ($TRI = 0 K / 1,5 \Sigma C$). Le nombre total de réponses R se trouve dans la moyenne basse des normes ($R=20$). Les réponses Dd et Dbl sont rares puisqu'une seule réponse Dd apparaît dans le protocole et il n'y a aucune réponse Dbl. Denis se base sur l'estompage à deux reprises pour donner une réponse ($kobE = 1, EF- = 1$).

En revanche, il y a autant de réponses FC que de réponses CF, le F+% est légèrement supérieur à 60 (F+% = 63), le G% est élevé (G% = 60) et il n'y a aucun refus de planches.

b) D'un point de vue qualitatif.

Globalement, Denis est sensible au contenu latent des planches, ce qui est caractéristique des structures névrotiques : bonne sensibilité au contenu latent de six planches (I, III, V, VI, VIII et IX), sensibilité partielle au contenu latent de trois planches (IV, VII et X) et pas de sensibilité au contenu latent de la planche II.

Denis donne douze représentations de soi unitaires et huit représentations non unitaires, dont une est morcelée. Il y a une augmentation des réponses anatomiques et un indice d'angoisse supérieur aux normes. Ces trois éléments témoignent d'une atteinte de l'unité corporelle, pouvant s'expliquer par les problèmes de santé de Denis. Notons toutefois qu'il est capable de donner des représentations de soi sexuées à deux reprises et que ses assises narcissiques ne semblent pas fragilisées même s'il a recours à la dévalorisation à deux reprises (R9 à la planche IV et à la planche VIII).

Denis a recours à divers mécanismes de défense : le refoulement (sept banalités correctement perçues), le recours à la réalité, l'inhibition, mais également l'intellectualisation, la projection, la dévalorisation, la régression (régression à la planche VI et réponse Alim à la planche VII), l'annulation rétroactive et le recours à l'imaginaire (1 kan et 1 kob). Toutefois, ces mécanismes de défense n'ont pas toujours permis à Denis de se dégager de l'angoisse provoquée par le test : la dynamique intra-planches est autant régrédiente que progrédiente et l'indice d'angoisse est légèrement supérieur aux normes de l'échantillonnage (IA%=15).

Concernant l'angoisse, c'est l'angoisse de castration qui est dominante dans ce protocole. Elle est perceptible dès la première planche où le terme « *enlève* » revient à deux reprises. Plusieurs références phalliques se trouvent dans les réponses. De plus, la seule planche à laquelle Denis n'est pas sensible au contenu latent est la planche II, planche pouvant réactiver l'angoisse de castration. L'angoisse de perte d'objet est également observable à la première planche avec la

Analyse des données cliniques de Denis.

réponse « *petites îles* » qui renvoie à la thématique de solitude, d'isolement. Ceci peut s'expliquer par le décès récent de sa mère et par l'absence d'élaboration du deuil.

Le conflit œdipien s'identifie au travers du choix de la planche I, comme faisant partie des plus appréciées, planche pouvant être considérée comme maternelle, car du fait d'être la première planche, elle peut faire référence au premier objet, soit à l'image maternelle prégénitale (Orr, 1960). Le conflit œdipien se perçoit également à la méthode associative de la planche IX, lorsque Denis attribue des sentiments similaires à une épouse et à une mère. De plus, il choisit cette neuvième planche pour se représenter, mais également pour représenter sa mère, comme s'il souhaitait fusionner avec cette dernière. La notion de fusion apparaît d'ailleurs dès la deuxième planche lorsque Denis fait référence à des jumeaux. Ceci peut également être expliqué par le décès récent de sa mère et le deuil encore non élaboré, par l'identification à cette mère qu'il vient de perdre. Enfin, à la méthode associative de la planche X, la dernière réponse donnée par Denis est également représentative d'un conflit œdipien non résolu lorsqu'il dit tout rapporter « à la mer ». Une question peut alors se poser : rapporte-t-il tout à « la mer » ou à « la mère » ? La MER pouvant par ailleurs faire référence au monde intra-utérin.

La difficulté d'identification sexuelle s'exprime chez Denis par la capacité à donner à deux reprises des représentations de soi sexuées, mais aucune de ses représentations ne renvoient à une identification masculine. Ces deux représentations sexuées symbolisent la bisexualité. En effet, le « *couple* » perçu à la planche III par Denis témoigne de la symbolisation de la bisexualité masculin-féminin, car il a, à plusieurs reprises, expliqué qu'un couple était forcément composé d'une femme et d'un homme, qu'un couple ne pouvait être qu'hétérosexuel, ce qui correspond à la définition bergerétienne du terme sexuel. La deuxième représentation sexuée de Denis, se trouve à la planche IX et symbolise de nouveau le bisexuel avec la réponse « *une fleur, les racines, les feuilles et la fleur* ». La symbolisation de la bisexualité est fréquente dans les protocoles hystériques et témoigne de la difficulté d'identification sexuelle. De plus, le fait que Denis choisisse la planche IX pour se représenter, une planche féminine, qu'il juge lui-même féminine, confirme la difficulté d'identification sexuelle.

La perte récente de sa mère peut également expliquer l'absence de grandes kinesthésies

perçues, venant témoigner d'un retrait narcissique. L'absence de réponse K peut aussi s'expliquer par l'intensité du refoulement et les difficultés d'identification. Ce protocole donne donc peu d'indices sur le type de relation d'objet. Toutefois, les deux petites kinesthésies et la tendance kinesthésique révèlent une relation d'objet de type œdipien génital, à la planche III, et deux relations de niveau limite-narcissique, aux planches VII et VIII. Ajoutons que la réponse « *jumeaux* » à la deuxième planche, renvoie également à une relation de niveau limite-narcissique.

Enfin, les personnes hystériques sont les seules à être suffisamment solides pour ne pas avoir besoin de lutter contre le morcellement provoqué par la planche X, ce qui est le cas de Denis, qui donne à cette planche, uniquement des réponses D.

Comme dans les protocoles des sujets présentant une structure de personnalité névrotique, Denis présente de bonnes capacités de symbolisation. Tout au long de ses réponses, il parvient à symboliser parfaitement le masculin-phallique (R8, R12, R16, R17 et R18) et le féminin-maternel à une reprise (R17). En revanche, il ne symbolise pas l'agressivité.

Ces différents éléments viennent confirmer l'hypothèse de structure hystérique : utilisation du refoulement, angoisse de castration et conflit œdipien présents, problématique d'identification sexuelle.

Denis semble présenter davantage une structure hystéro-phobique. L'orientation phobique se manifeste principalement par l'évitement de la relation et l'inhibition massive.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Denis constitue l'annexe 32, p 589.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Denis n'obtient pas de scores, aux échelles cliniques, largement supérieurs aux normes de

Analyse des données cliniques de Denis.

l'échantillonnage. Il obtient des scores légèrement supérieurs aux échelles d'hypocondrie (1-Hs=67), de dépression (2-D=66), d'hystérie (3-Hy=66) et de paranoïa (6-Pa=68) et très peu des scores obtenus aux différentes autres échelles sont supérieurs à 65T. Ceci peut être expliqué par la tendance de Denis à vouloir se montrer sous un jour favorable (L=70). Ce dernier point peut être assimilé au besoin de plaire des hystériques et donc à leur quête perpétuelle d'attention. Ceci se retrouve dans le faible score obtenu à l'échelle d'introversion sociale (0-Si=48) qui témoigne de la sociabilité, de l'extraversion et du besoin d'être entouré de Denis.

Les scores obtenus aux sous-échelles de Harris-Lingoes de l'échelle clinique d'hystérie témoignent d'un sentiment d'inconfort, de fatigue, de plaintes somatiques, ce qui peut être mis en lien avec la maladie de Denis. Ces scores sont également la preuve qu'il n'est pas dans le déni de l'anxiété sociale, de l'agressivité, de l'hostilité.

Les préoccupations somatiques se retrouvent également dans le score obtenu à l'échelle d'hypocondrie (1-Hs=67) et dans le score obtenu à la sous-échelle D3 de dysfonctionnement physique (D3=83). A la vue des antécédents médicaux de Denis, nous ne pouvons pas affirmer qu'il s'agisse des préoccupations somatiques caractéristiques des structures hystériques.

Enfin, le score obtenu à l'échelle 5-Mf (5-Mf=56) atteste que Denis est à l'aise dans les comportements masculins traditionnels et ne témoigne donc pas d'une éventuelle difficulté d'identification sexuelle.

b) D'un point de vue qualitatif.

Le conflit œdipien pourrait transparaître lorsque Denis répond que la personne à laquelle il était le plus attaché et qu'il admirait le plus dans son enfance était une femme (item 473), nous pouvons alors supposer, sans faire d'erreur à la vue de la description qu'il fait de sa mère, qu'il s'agit de cette dernière.

Les réponses apportées par Denis révèlent une certaine érotisation des relations, un comportement séducteur lorsqu'il dit se préoccuper de son apparence extérieure (item 220) ou être préoccupé de l'effet qu'il produit (item 335), et qu'il apprécie flirter (item 189).

Les réponses de Denis ne témoignent pas de difficulté d'identification sexuelle : à l'item 371, il répond n'avoir pas souvent désiré être de l'autre sexe et dit ne jamais avoir souhaité être une fille à l'item 62.

Ses réponses ne révèlent également pas de régression : Denis ne souhaite par exemple pas être un enfant à nouveau (item 348).

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Lorsque Denis évoque son incapacité à devenir père, peut se poser la question de l'atteinte de son image d'homme, ce qui peut alors contribuer à une difficulté d'identification sexuelle, l'image d'homme étant fragilisée. Il tente d'ailleurs de pallier cette difficulté en disant que son atout de séduction est sa voix grave, ce qui peut rimer avec virilité et donc le rassurer sur son identité sexuelle.

Au test de Rorschach, cette difficulté d'identification sexuelle s'exprime par les deux seules représentations de soi sexuées données par Denis, aux planches III et IX, qui sont des représentations bisexuelles. De plus, Denis choisit la planche IX pour se représenter, planche féminine, qu'il juge lui-même de féminine, ce qui confirme de nouveau cette première hypothèse.

En revanche, le MMPI-2 ne permet pas de valider cette hypothèse : le score obtenu à l'échelle 5-Mf (5-Mf=56) ne témoigne pas d'une difficulté d'identification sexuelle, tout comme les réponses de Denis selon lesquelles il n'a jamais souhaité être de l'autre sexe.

b) *Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.*

Les éléments anamnestiques et les données du MMPI-2 ne permettent pas de confirmer ou infirmer cette deuxième hypothèse.

Le test de Rorschach, quant à lui, permet de valider cette seconde hypothèse. Deux angoisses apparaissent dans les réponses de Denis, l'angoisse de perte d'objet et l'angoisse de

Analyse des données cliniques de Denis.

castration. C'est cette dernière qui est la plus dominante. Elle émerge dès la première planche où le terme « *enlève* » revient à deux reprises. Puis plusieurs références phalliques se retrouvent tout au long des réponses. De plus, la seule planche à laquelle Denis n'est pas sensible au contenu latent est la planche II, planche pouvant réactiver l'angoisse de castration, de par ses tâches rouges.

c) *Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.*

Plusieurs éléments de l'anamnèse de Denis confirment la présence d'un conflit œdipien non résolu. Tout d'abord, l'instauration de relations triangulaires dans sa vie amoureuse rappelle la situation œdipienne, tout comme la description qu'il fait de sa relation avec sa mère ou lorsqu'il parle de « *syndrome maternel* » ou encore le fait que frère et sœurs soient exclus de ses souvenirs, retenant une relation à trois, lui et ses deux parents. Il s'inscrit donc de nouveau dans une relation triangulaire de type œdipienne. La cohabitation avec sa mère et son épouse a également créé une situation œdipienne. Enfin, lorsqu'il dit être content que sa compagne ait du temps pour s'occuper de lui, ceci s'apparente à un désir infantile d'être dorloté par une bonne mère et donc renvoie de nouveau à un conflit œdipien non résolu.

Au test de Rorschach, le conflit œdipien est perceptible dans le choix de la planche I comme faisant partie des planches les plus appréciées, planche pouvant être considérée comme maternelle. Le conflit œdipien se perçoit également à la méthode associative de la planche IX, lorsque Denis attribue des sentiments similaires à une épouse et à une mère ou encore lorsqu'il choisit cette neuvième planche pour se représenter, mais également pour représenter sa mère, comme s'il souhaitait fusionner avec cette dernière. Enfin, à la méthode associative, la dernière réponse donnée par Denis renvoie également à un conflit œdipien non résolu lorsqu'il dit tout rapporter « *à la mer* ». Nous pouvons alors nous demander s'il rapporte tout à « la mer » ou à « la mère »... La MER pouvant par ailleurs faire référence au monde intra-utérin.

Concernant le MMPI-2, le conflit œdipien pourrait transparaître lorsque Denis dit que la personne à laquelle il était le plus attaché et qu'il admirait le plus dans son enfance était une femme (item 473), nous pouvons alors supposer, sans faire d'erreur à la vue de la description qu'il fait de sa mère, qu'il s'agit de cette dernière.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Denis semble avoir souvent recours à la séduction, aux flatteries, face aux femmes. Il dit d'ailleurs ne pouvoir vivre sans elles, avoir toujours été attirée par celles-ci. Il relate une vie amoureuse riche, fait part de plusieurs relations. Ces éléments d'anamnèse témoignent donc d'une érotisation des relations et permettent de confirmer cette hypothèse.

Le test de Rorschach ne permet de valider que partiellement cette hypothèse car aucune grande kinesthésie n'est perçue. Toutefois, les petites kinesthésies et l'apport de la méthode associative révèlent des relations d'objet de type œdipien génital et limite-narcissique. De l'érotisation est perceptible à la planche III lorsque Denis perçoit un couple heureux et lors des identifications projectives à la méthode associative où Denis fait référence à sa vie amoureuse tumultueuse.

Le MMPI-2 révèle une tendance de Denis à vouloir se montrer sous un jour favorable, de la sociabilité, de l'extraversion et un besoin d'être entouré, ce qui peut être mis en parallèle avec le besoin de plaire des hystériques et donc à leur quête perpétuelle d'attention. Par ailleurs, des réponses de Denis révèlent une certaine érotisation des relations, un comportement séducteur.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Une dynamique régressive ressort de l'anamnèse lorsque Denis explique qu'il apprécie que sa compagne s'occupe de lui, comme une mère pourrait le faire.

Au test de Rorschach, Denis a, entre autre, recours au refoulement et à la régression. Le refoulement se retrouve notamment dans les banalités bien perçues ou dans les remarques de non-savoir, tandis que la régression se perçoit à travers une orientation orale aux planches II et VII, ainsi qu'à travers des références au monde marin. Denis n'a en revanche pas recours à la dramatisation et à la théâtralisation.

Le MMPI-2, quant à lui, ne permet pas de confirmer cette dernière hypothèse.

IV – Analyse des données cliniques d'Emmanuel.

1. Anamnèse.

Emmanuel est un homme âgé de 68 ans au moment de la recherche. Il semble plus jeune que son âge, a l'allure soignée, prête attention à son apparence. Séduction ainsi que théâtralité ont été les premiers indices allant dans le sens d'une personnalité hystérique, puisqu'Emmanuel semble être charmeur, investir la femme sur le mode de la séduction et cherche à attirer sympathie et attention. Il me complimente par exemple sur certains points dont l'odeur de mon parfum ou encore m'envoie des cartes postales sur mon lieu de travail. Il s'agit d'un homme très loquace, il met en scène son histoire, imite les personnes, reproduit des discours, fait de grands gestes pour accompagner ses paroles. Lors des différents entretiens, la théâtralité est toujours présente : il fait des crises d'hypoglycémie (tremblements, sueurs, accompagnés de grands souffles, gémissements et gestes) ; il est une fois venu en fauteuil roulant alors qu'il s'était évanoui auparavant ; à un moment, il sort un papier de sa poche où il avait noté les défauts d'une personne et le déchire avec un grand souffle de soulagement pour illustrer le fait que d'avoir parlé de cette situation lui a fait du bien ; il se lève de sa chaise, en criant, car il a une crampe etc.

Aujourd'hui retraité, il a exercé la profession de directeur commercial. Il est ainsi habitué à prendre la parole devant un public et ajoute « *Ma femme me dit que je veux être admiré de tout le monde lorsque je rentre quelque part* ». Ceci peut être mis en lien avec le besoin d'attirer l'attention des personnalités hystériques.

Emmanuel dit, avec un grand sourire, avoir connu « *beaucoup de femmes* » et avoir toujours été amoureux d'elles : « *je n'ai jamais été seul, toujours avec une fille. J'ai besoin de communiquer* ». Il a été marié deux fois. Il décrit sa première femme comme étant « *plus mature* » que lui et est actuellement en couple, depuis 36 ans, avec une femme de onze ans sa

cadette. Il ajoute « *J'aime bien les jeunes* » et rit. Il précise toutefois « *lorsque j'étais jeune, je préférais sortir avec des femmes plus âgées que moi, d'environ quinze ans. Maintenant, je préférerais des femmes un peu plus jeunes* ». Cette différence d'âge observable dans ses couples peut être le témoin d'un conflit œdipien non résolu.

Au bout de plusieurs entretiens, Emmanuel évoque « *une confusion des sexes* ». Il relate avoir déjà eu des relations homosexuelles où il trouvait plaisant « *d'avoir le rôle de la femme* ». Il dit alors : « *ce qui fait ma particularité est mon côté féminin et masculin, bien que j'aies toujours cherché à cacher la partie de moi féminine, en faisant l'homme viril. [...] J'ai comme deux personnalités. C'est ce qui me différencie des autres. J'ai un côté homme : je suis rigide par moment. Ma femme me parle de psychorigidité. Et j'ai un côté femme, qui me rend attachant* ». Il ajoute : « *J'ai été élevé comme une femme ! J'ai appris à coudre, à broder, à tricoter* ». Ceci peut renvoyer à une difficulté d'identification sexuelle.

Il est le père de cinq enfants, dont un fils de sa première union avec qui il n'a plus de contact et un fils et trois filles de son mariage actuel. Il semble être particulièrement proche de sa fille cadette. Il la décrit en ayant recours à de nombreux qualificatifs positifs. Cette dernière lui écrit des courriers avec des cœurs. Emmanuel commente ceci de la façon suivante : « *Je trouve ceci curieux, ce serait normal qu'elle le fasse à son amoureux, pas à moi* ». A propos de ce dernier, Emmanuel ne l'apprécie guère et n'apprécie que peu leur emménagement « *elle était mieux avec moi ... et sa mère* ». Il ajoute « *Mon autre fille a également ramené un homme qui était mon sosie* ». Il s'interroge sur ses liens tout en maintenant un climat œdipien. Il explique que les filles sont plus proches de lui et son fils, plus proche de son épouse. Il entretient l'amour de ses filles en leur donnant de l'argent en cachette de sa femme, en parlant avec elles de leurs histoires d'amour... Il explique apprécier les petites amies que son fils lui présente, contrairement aux petits amis de ses filles qu'il n'affectionne pas. Emmanuel décrit parfois une forme de rivalité avec son fils, afin de savoir qui a le rôle de l'homme de la maison. Il dit que son épouse « *a toujours donné une place privilégiée* » à ce dernier. Lorsqu'il parle de ses enfants, il est catégorique sur le fait que son fils n'ait pas à intervenir dans son couple. En revanche, il dit parler à sa fille cadette de certains de ses problèmes qu'il rencontre avec son épouse, dans des limites raisonnables. Tout ceci laisse émerger la présence d'un climat œdipien, voire incestuel.

Analyse des données cliniques d'Emmanuel.

Emmanuel a reçu une éducation catholique. Il décrit son père comme étant un homme « *strict, non protecteur et psychorigide* » et narre certaines violences. Il y a « *toujours eu une barrière entre nous* ». Il dit lui en avoir voulu dans le passé de l'avoir fait comme il est physiquement et a tenu son père responsable des moqueries et insultes racistes qu'il a subies dans son enfance et adolescence. En revanche, il ne parle que très peu de sa mère. « *J'avais de bons rapports avec ma mère. Ceci reste de l'ordre de l'intimité, je préfère ne pas en parler* ». Parler d'intimité avec sa mère peut témoigner d'une certaine ambiguïté. Il raconte seulement l'anecdote suivante : « *Parfois j'invitais maman au restaurant avec ma petite amie du moment. Maman appréciait mes petites amies. Elle était tout sauf sévère.* ». Ses deux parents sont maintenant décédés. En parlant de sa mère, Emmanuel fait un lapsus en disant « *ma femme* », au lieu de « *ma mère* », ce lapsus peut venir témoigner d'un conflit œdipien non résolu.

Il a un frère cadet de quatorze mois avec qui les contacts sont peu existants et a eu une sœur qui est décédée à trois jours. Il dit qu'il n'y a plus de rivalité entre lui et son frère mais ajoute « *avant, il y avait des petites guéguerres, comme quand notre père disait qu'il était l'intellectuel et moi, le manuel. J'ai été content quand il a loupé son bac. Mais il a bien réussi. Il est ingénieur. [...] J'ai déjà été jaloux de mon frère, c'est vrai. Comme quand mon père proposait qu'à mon frère de faire un costume dans du tissu Dior. [...] Je suis le seul à être allé en pension et le seul à avoir reçu les coups de notre père* », ce qui laisse finalement apparaître une rivalité œdipienne.

Concernant sa vie sociale, il dit avoir « *besoin d'exister* », avoir besoin que les gens parlent de lui, « *que ce soit en bien ou en mal, peu importe, tant qu'ils parlent de moi* » ou encore préférer inviter qu'être invité, faire « *le roi et sa Cour* ». Il affirme avoir horreur du conflit, « *je ne sais pas dire non, je me suis fait souvent avoir par les sentiments [...] Je fuis les polémiques, je n'aime pas les rixes* ». Il ajoute « *Je me crée mes propres problèmes, je donne trop au début et après, je ne sais pas comment reprendre* ». Ce comportement renvoie de nouveau à la quête d'affection, d'attention des personnalités hystériques.

Il a beaucoup fréquenté le milieu du théâtre, de la littérature, aime d'ailleurs la littérature et la philosophie. Il dit « *m'apercevoir que j'ai souvent recours à une tierce personne, sans savoir pourquoi. Comme au théâtre, le spectateur, cette troisième personne, remarque les erreurs, contrairement aux deux acteurs* ». Il fait d'ailleurs un parallèle en disant « *la vie n'est qu'un*

théâtre et nous jouons des rôles ». Les tierces personnes, ces relations triangulaires créées par Emmanuel, peuvent renvoyer à un désir inconscient de recréer la relation triangulaire œdipienne.

Emmanuel est beaucoup dans la somatisation. Il évoque quelques douleurs articulaires, fait des crises d'hypoglycémie, comme évoqué précédemment, a de l'arthrite, se plaint de différentes douleurs à chaque nouvel entretien. Lors de situation de stress, Emmanuel dit avoir de l'herpès, des allergies, des boutons de fièvre, faire des crises d'acouphènes. Il est très anxieux et cette anxiété s'exprime fréquemment au travers de son corps.

Emmanuel présente également des assises narcissiques fragiles. A plusieurs reprises, il évoque le fait qu'il déteste les personnes hautaines, la condescendance, les humiliations. Ceci peut être mis en lien avec la différence que son père a faite entre ses deux fils, en considérant Emmanuel comme « *le manuel* » et son deuxième fils comme « *l'intellectuel* ». Le passage à la retraite semble avoir été vécu difficilement car Emmanuel perdait son statut professionnel qui lui donnait une certaine image pour la société.

Il relate également un passage à l'acte hétéro-agressif, d'une violence assez importante, à l'encontre de deux voisins, passage à l'acte l'ayant conduit en détention : « *J'ai pété les plombs. J'avais accumulé beaucoup de haine, de colère. Ces voisins nous faisaient tout le temps des remarques désobligeantes, courraient à la fenêtre quand on rentrait, nous jugeaient, regardaient ma fille quand elle était en petite jupe courte, comme les jeunes de son âge. Ma femme ne le supportait plus. Je les ai croisés à la cave. Cette voisine m'a fait encore une remarque et là, j'ai perdu le contrôle. Je voyais plus ces personnes mais comme un monstre.* ». Ceci confirme les assises narcissiques fragiles car l'origine de ce passage à l'acte semble être les moqueries mais cela questionne également sur un conflit œdipien irrésolu, sur un désir inconscient de parricide, sur une superposition fantasmatique qu'il aurait pu faire entre son père, les deux victimes perçues comme un monstre, l'humiliation des voisins lui rappelant quand son père l'humiliait. Le lieu du passage à l'acte a également son importance dans cette hypothèse car Emmanuel a relaté à plusieurs reprises que son père l'enfermait dans la cave, a évoqué la claustrophobie qu'il avait développée suite à cela : « *J'ai fait le parallèle avec ma claustrophobie et la cave, quand je me suis aperçu que je ne pouvais pas rester dans ma voiture quand je la lavais entre les rouleaux.* ».

Analyse des données cliniques d'Emmanuel.

Emmanuel présente également quelques traits obsessionnels, range ses papiers minutieusement, fait des listes de diverses choses, rédige des notes sur les émissions qu'il regarde à la télévision, fait preuve d'une très grande organisation...

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach d'Emmanuel, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 33, p 593.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Peu des indices donnés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) lors de leur analyse de l'hystérie au test de Rorschach se retrouvent. Il y a effectivement moins de deux réponses K ($K=1$), le G% est bas ($G\%=21$) et un grand investissement moteur puisqu'Emmanuel prend les planches et les retourne.

En revanche, le TRI n'est pas extratensif ($TRI = 1 K / 1 \Sigma C$), il n'y a pas plus de réponses FC que de réponses CF et C, le F+% n'est pas compris entre 50 et 60 ($F+\%=72$), le nombre de réponses est supérieur à la moyenne ($R=33$), les réponses Dd et Dbl ne sont pas rares puisqu'une réponse Dd et trois réponses Dbl sont présentes dans le protocole d'Emmanuel. Enfin, il n'y a aucune réponse Estompée, ni de refus.

b) *D'un point de vue qualitatif.*

Globalement, Emmanuel est sensible aux contenus latents des planches du test de Rorschach, ce qui est caractéristique des structures névrotiques : bonne sensibilité au contenu latent de sept planches (planches I, II, III, IV, V, VIII et X), sensibilité partielle au contenu latent de deux planches (VII et IX) et pas de sensibilité au contenu latent de la planche VI.

Emmanuel donne des réponses reflétant majoritairement une représentation de soi entière et unitaire (22 représentations de soi unitaires et 11 représentations non unitaires) et six des représentations sont sexuées, ce qui témoigne de l'absence de l'atteinte de l'unité corporelle. Toutefois ses assises narcissiques semblent fragilisées, puisqu'il utilise à quatre planches la dévalorisation (trois Crit Obj à la planche I, Autocrit à la planche II, Crit Obj aux planches V et IX).

Au niveau défensif, Emmanuel utilise principalement le recours à la réalité et à l'imaginaire (1 K, 8 kan, 2 kob et 1 kp), le refoulement, la régression (réponse enfantine (« *deux petits nounours* » à la planche II, réponses à valence orale aux planches VIII, IX et X, réponse Aenf à la planche X), le recours à l'agir, la projection dans le réel du danger pulsionnel et la dramatisation. Il utilise également, mais avec plus de parcimonie, la mise à distance, la dévalorisation, l'annulation rétroactive, la mise en avant des affects, la dénégation, la projection de la pulsion agressive. Le refoulement s'exprime par six banalités bien perçues. La régression se retrouve à travers des réponses renvoyant au monde l'enfance ou à travers les réponses renvoyant à une dimension orale. De la régression apparaît également dans la kinesthésie, perçue à la planche II, qui a une valeur régressive infantile. La dramatisation est présente tout au long du protocole dans les différentes exclamations d'Emmanuel, ou encore dans le refus d'Emmanuel de faire la méthode associative. L'ensemble de ces mécanismes de défense permet à Emmanuel d'obtenir un indice d'angoisse inférieur aux normes (IA%=6), toutefois la dynamique intra-planches est régrédiente à six planches et progrédiente à seulement quatre planches et de l'angoisse apparaît dans certaines réponses.

L'unique et dominante angoisse émergeant des réponses d'Emmanuel est l'angoisse de castration. Elle se retrouve aux planches I, IV, V, VI et VIII. En effet, dès la première planche du test, des références phalliques et de l'angoisse se retrouve dans les réponses d'Emmanuel. Celles-ci se retrouveront tout au long du test. Emmanuel semble dérangé par ces « *formes bizarres* ». Les réponses Clob et le temps de latence élevé aux planches IV et VI attestent de la réactivation massive de l'angoisse de castration, tout comme le rejet de la planche IV à l'enquête des limites et le « *monstre* » perçu à la huitième planche.

Analyse des données cliniques d'Emmanuel.

Le conflit œdipien se retrouve à l'enquête des limites où Emmanuel décrit une conflictualité œdipienne désorganisant à la planche III. Le rejet de la planche IV, à l'enquête des choix, planche qu'il a choisie pour représenter son père peut également témoigner d'un conflit œdipien non résolu. Notons toutefois qu'il rejette également la planche V, planche qu'il a choisie pour représenter sa mère.

La difficulté d'identification sexuelle peut s'exprimer par la symbolisation de la bisexualité à la planche II, lorsqu'Emmanuel symbolise le féminin et le masculin au sein de la même réponse (« *Un bec d'avion. Comme à la guerre du Golfe. L'arrière de l'avion avec les tuyères...* ») ou lorsqu'à l'enquête, il donne une représentation de soi féminine à la planche III alors que les personnes identifient généralement des personnes du même sexe qu'elles à cette planche. Les deux réponses « *hippocampe* » aux planches III et X peuvent être interprétées comme une ambiguïté de l'identité sexuelle, la particularité de cet animal étant le fait que ce soit le mâle qui porte les œufs et non la femelle. En revanche, les six représentations de soi sexuées qu'Emmanuel perçoit aux planches I, III, IV, VII et VIII sont des représentations masculines, renvoyant le plus souvent à une symbolisation du phallique-agressif, à coloration phobique : « *une sorte de monstre* » et « *un alien* » à la planche I, « *des extraterrestres* » à la planche III, « *un monstre* » à la planche IV, « *le pénis d'un homme* » à la planche VII et « *un monstre* » à la planche VIII.

Concernant les relations d'objet, la majorité des kinesthésies perçues renvoient à des relations d'objet de niveau limite-narcissique : avec une thématique évoquant la dévoration orale à la planche I, une kinesthésie de posture et une relation régressive infantile à la planche II, des kinesthésies de posture aux planches VIII et IX, une oscillation entre une valence orale et une valence phallique agressive à la planche VIII et une relation de dépendance à la planche X. Cette dernière a également une valence d'opposition compétition. Ainsi, trois kinesthésies renvoient à des relations d'objet de niveau œdipien-génital : deux de l'ordre de l'interaction positive aux planches III et VII, et une de l'ordre de l'opposition-compétition œdipienne à la planche X. Ceci traduit probablement l'importance du repli sur lui-même d'Emmanuel.

De plus, à la dernière planche, Emmanuel est capable de donner des contenus animaux

entiers, il n'a pas besoin de lutter contre le morcellement de cette planche. Il remarque l'éparpillement de la planche, bien qu'il ne puisse interpréter tous les détails. Seuls les fonctionnements hystériques sont assez solides pour ne pas avoir à lutter contre le morcellement réactivé par cette planche.

Enfin, les réponses apportées par Emmanuel témoignent de bonnes capacités de symbolisation. Tout au long de ses réponses, il symbolise le masculin-phallique (comme à R5, R8, R9, R10), le féminin-maternel (par exemple à R3, R18) et la pulsion agressive (R4, R13 ou R21), sans difficulté. Notons une plus grande attractivité pour le masculin-phallique, que pour le féminin-maternel.

Pour résumer, nous pouvons dire que l'ensemble des indices apportés par le test de Rorschach : le recours au refoulement et à la régression, l'angoisse de castration présente et la problématique d'identification sexuelle, confirment bien le diagnostic d'organisation hystérique.

Comme vu précédemment, il existe deux types de structure hystérique : une se caractérisant par une conversion somatique, l'autre par une angoisse. Il semblerait qu'Emmanuel s'inscrive dans ce deuxième cas. L'orientation phobique se manifeste notamment par les projections dans le réel du danger pulsionnel et par la mise en avant des affects sur un fond de thématique phobique, comme par exemple à la première et quatrième planche du test.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 d'Emmanuel constitue l'annexe 34, p 601.

Emmanuel a rempli le MMPI-2 de façon obsessionnelle : il a coché toutes les réponses « VRAI » de couleur verte, et les réponses « FAUX » de couleur rouge, en prenant le soin de faire une légende en haut à gauche.

Dans un premier temps, Emmanuel avait laissé 23 items sans réponse. Lorsque cela lui a été indiqué, il semble s'être senti offensé et est revenu la fois suivante avec les items laissés sans réponse et s'est justifié sur chacun d'eux, en disant qu'il était impossible de répondre, que les

Analyse des données cliniques d'Emmanuel.

questions n'étaient pas suffisamment précises. Finalement, 12 items restent sans réponse.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Les scores obtenus aux échelles de validité L et K (L = 78 ; K = 70) indiquent une tendance d'Emmanuel à vouloir se montrer sous un jour favorable et dévoilent le fait qu'il soit défensif par rapport à la situation de test. Les scores obtenus aux échelles F et Fb (F = 48 ; Fb = 42) indiquent une minimisation des problèmes personnels, dans le but de nouveau de renvoyer une image positive de lui. Ceci peut donc être assimilé, d'une part au comportement séducteur des personnalités hystériques, et d'autre part à la quête d'affection, à la volonté d'attirer la sympathie d'autrui.

Cette minimisation des problèmes personnels se retrouvent dans le très faible nombre d'échelles présentant un score supérieur aux normes de l'échantillonnage. En effet, aucun score obtenu aux échelles cliniques, aux échelles de contenus et aux échelles supplémentaires, n'est supérieur aux normes et seulement quatre scores aux échelles de Harris-Lingoes sont supérieur à 65T. Notons que c'est à l'échelle d'hystérie 3-Hy et à l'échelle de psychopathie 4-Pd qu'Emmanuel obtient les scores les plus élevés (3-Hy=61 ; 4-Pd=62). Ce dernier score peut notamment s'expliquer par le fait qu'Emmanuel ait dû répondre par l'affirmative aux items portant sur des conduites délictuelles, à la vue de son passage à l'acte hétéro-agressif.

Le faible score obtenu à l'échelle d'introversion sociale 0-Si (0-Si=41) témoigne de la sociabilité, de l'extraversion et du besoin d'être entouré d'Emmanuel. De nouveau, ceci peut être mis en lien avec le besoin d'attention des personnes hystériques mais également avec la théâtralisation.

b) *D'un point de vue qualitatif.*

Les réponses apportées par Emmanuel aux questions ne permettent de valider que partiellement les critères de la névrose hystérique.

Le conflit œdipien ne transparait que très peu, hormis lorsqu'Emmanuel laisse l'item 90 sans réponse, dans un premier temps. La question à cet item est : « *J'aime mon père (ou si votre père est mort) j'aimais mon père.* ». L'item ne manque pas de précision, surtout qu'à l'item 192

qui est le même que celui-ci mais sur la mère, Emmanuel a pu répondre par l'affirmative, du premier coup.

Les réponses d'Emmanuel peuvent révéler une certaine érotisation des relations, un comportement séducteur lorsqu'il dit apprécier flirter (item 189), se préoccuper de son apparence extérieure (item 220) ou lorsqu'il dit être préoccupée de l'effet qu'il produit (item 335).

Les réponses d'Emmanuel ne révèlent pas de difficulté d'identification sexuelle : à l'item 371, il répond ne pas avoir désiré être de l'autre sexe et à l'item 62, ne jamais avoir souhaité être une fille.

Aucune régression n'émerge des réponses d'Emmanuel. Ce dernier répond par exemple par la négative à l'item 348 qui demande s'il souhaiterait être un enfant à nouveau.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Des éléments anamnestiques confirment cette première hypothèse car Emmanuel évoque « *une confusion des sexes* », relate avoir eu des relations homosexuelles où il trouvait plaisant « *d'avoir le rôle de la femme* » et parle de « *son côté féminin et masculin* », ce qui peut être mis en relation avec l'inversion de la symbolique sexuelle à la planche VII.

Au test de Rorschach, cette difficulté d'identification sexuelle s'exprime par la symbolisation de la bisexualité à la planche II ; à l'enquête des limites, lorsqu'Emmanuel donne une représentation de soi féminine à la planche III, alors que les personnes identifient généralement des personnes du même sexe qu'elles à cette planche. Les deux réponses « *hippocampe* » peuvent également être interprétées comme une ambiguïté de l'identité sexuelle. En revanche, il donne six représentations de soi masculines. Cette hypothèse est partiellement confirmée.

Le MMPI-2 ne permet en revanche pas de confirmer cette hypothèse. Emmanuel dit par exemple ne pas avoir désiré être de l'autre sexe et ne jamais avoir souhaité être une fille.

Analyse des données cliniques d'Emmanuel.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

Ni l'anamnèse, ni le MMPI-2 ne permet de confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Le test de Rorschach, quant à lui, confirme cette seconde hypothèse car l'angoisse de castration est dominante dans le protocole d'Emmanuel. Elle se retrouve aux planches I, IV, V, VI et VIII dans lesquelles de nombreuses références phalliques, des réponses Clob et des temps de latence plus élevés aux planches symbolisant la puissance phallique se retrouvent. Le rejet de la planche IV à l'enquête des limites et le « *monstre* » perçu à la huitième planche renforcent cette validation d'hypothèse.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Un conflit œdipien irrésolu apparaît à plusieurs reprises dans l'anamnèse d'Emmanuel. C'est le cas lorsqu'il évoque une différence d'âge dans ses couples ou bien lorsqu'il évoque une barrière entre lui et son père, et de bons rapports avec sa mère qui resteront « *de l'ordre de l'intimité* » ou encore lorsqu'il fait un lapsus en disant « *ma femme* », au lieu de « *ma mère* ». Dans la description qu'il donne de sa relation avec ses enfants, de nouveau, des indices vont dans le sens d'un conflit œdipien : une plus grande proximité avec ses filles qu'avec ses fils, proximité qu'il cherche à entretenir ; un rejet des petits amis de ses filles contrairement aux petites amies de son fils ; et une rivalité avec son fils, afin de savoir qui est l'homme de la maison. De plus, il crée des relations triangulaires, en ignorant pourquoi, qui ne sont pas sans rappeler la situation œdipienne. Enfin, la rivalité entre lui et son frère et son passage à l'acte hétéro-agressif sont également d'autres éléments pouvant témoigner d'une dynamique œdipienne et donc confirmer cette troisième hypothèse.

Au test de Rorschach, le conflit œdipien se retrouve à l'enquête des limites où Emmanuel décrit une conflictualité œdipienne désorganisante à la planche III et lorsqu'il rejette la planche IV, planche qu'il a choisie pour représenter son père.

Au MMPI-2, le conflit œdipien ne transparait que très peu, hormis lorsqu'Emmanuel laisse l'item 90, concernant l'amour envers son père, sans réponse, dans un premier temps, alors qu'il parvient à répondre aimer sa mère, avec spontanéité.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Les éléments anamnestiques confirment qu'Emmanuel se place dans une érotisation des relations, est en perpétuelle quête d'affection et d'attention. Emmanuel est charmeur. Il relate une vie amoureuse riche, dit avoir « *besoin d'exister* », avoir besoin que les gens parlent de lui. Il ajoute avoir horreur du conflit, fuir les polémiques. Ces comportements renvoient à la quête d'affection, d'attention des personnalités hystériques.

Le test de Rorschach ne permet pas de valider cette quatrième hypothèse car la majorité des kinesthésies perçues par Emmanuel renvoient à des relations d'objet de niveau limite-narcissique. Seulement deux kinesthésies renvoient à des relations d'objet de niveau œdipien-génital : une de l'ordre de l'interaction positive à la planche III et une de l'ordre de l'opposition-compétition œdipienne à la planche X.

Au MMPI-2, les scores obtenus aux échelles de validité L et K indiquent une tendance à vouloir se montrer sous un jour favorable. Les scores des échelles F et Fb indiquent une minimisation des problèmes personnels, dans le but de nouveau de renvoyer une image positive de lui. Ceci peut donc être assimilé, d'une part au comportement séducteur des personnalités hystériques, et d'autre part, à la quête d'affection, à la volonté d'attirer la sympathie d'autrui. Le score obtenu à l'échelle d'introversion sociale 0-Si est le témoin de la sociabilité, de l'extraversion et du besoin d'être entouré d'Emmanuel. De nouveau, ceci peut être mis en lien avec le besoin d'attention des personnes hystériques mais également avec la théâtralisation. Enfin, certaines des réponses d'Emmanuel peuvent révéler une érotisation des relations, comme lorsqu'il dit apprécier flirter ou se préoccuper de son apparence extérieure, de l'effet qu'il produit.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Tout au long de sa présentation et du test de Rorschach, Emmanuel a recours à la dramatisation, la théâtralisation. Il met en scène son histoire, reproduit des discours avec des imitations, accompagne ses paroles à l'aide de grands gestes.

Au test de Rorschach, Emmanuel utilise principalement le recours à la réalité et à l'imaginaire, le refoulement, la régression, le recours à l'agir, la projection dans le réel du danger

Analyse des données cliniques d'Emmanuel.

pulsionnel, ainsi que la dramatisation. Le refoulement se retrouve dans les six banalités perçues ; la régression dans les réponses renvoyant au monde l'enfance ou à une dimension orale. La dramatisation est présente tout au long du protocole dans les différentes exclamations et dans le refus d'Emmanuel de faire la méthode associative.

Le MMPI-2 ne permet pas de valider cette dernière hypothèse. Ni refoulement ou régression n'apparaissent.

V – Analyse des données cliniques d’Henri.

1. Anamnèse.

Henri est un homme âgé de 74 ans, avec de nombreux tatouages sur ses mains et bras. Il se montre peu loquace lors des entretiens et un léger ralentissement psycho-moteur est constatable. Il semble être atteint d’une légère surdité, ce qui nécessite parfois que les questions lui soient posées plusieurs fois. Il se lève par moment, lors des entretiens, pour mieux tendre l’oreille ou bien encore pour avoir une vue d’ensemble des planches du test de Rorschach lors de la phase d’enquête.

Henri est reçu dans le cadre de la recherche suite à la pose d’un diagnostic de « Conversion hystérique chez un patient aux antécédents psychiatriques connus », des praticiens hospitaliers. En effet, il y a quelques mois, Henri a été hospitalisé durant une semaine, suite à trois crises tonico-cloniques généralisées, s’apparentant dans un premier temps à des crises convulsives inaugurales. Les différents examens cliniques (cardiovasculaire, pulmonaire et digestif) n’ont révélé aucune anomalie et aucun facteur déclenchant n’a été trouvé. Henri a d’ailleurs fait une de ces crises alors qu’il passait une  lectroenc phalographie, EEG qui était strictement normale. L’hypothèse d’épilepsie a alors été  cart e. Ces crises sont un premier élément allant en faveur d’une structure de personnalité hystérique.

Henri ne parlera que peu de ces crises et évoque principalement et à plusieurs reprises des troubles du transit avec constipation, qui le conduisent régulièrement à consulter son médecin généraliste : « *J’ai tout le temps mal au ventre... J’ai du mal à aller à la selle... Depuis pas mal de temps... [...] Ma vie était pas mal. Depuis que j’ai mal au ventre, c’est plus pareil.* ». Il ajoute « *J’ai la tête qui tourne souvent. [...] J’ai mal un peu partout... Aux genoux... C’est l’arthrose. C’est la vieillesse.* ».

Il est également à noter, que les médecins ont constaté une légère désorientation temporo-

Analyse des données cliniques d'Henri.

spatiale, désorientation qui n'apparaît pas lors de nos entretiens. Henri se présente à l'heure et le bon jour aux entretiens.

Concernant sa vie amoureuse et familiale, Henri a eu deux enfants d'une première union de quatre ans et trois enfants issus d'un mariage de 30 ans, « *avec une vraie femme* », la première n'étant qu'une concubine. Aujourd'hui, il n'a plus de contacts avec ses enfants car il exprime une certaine honte vis-à-vis d'un passage à l'acte hétéro-agressif, sous l'emprise de médicaments, envers sa dernière épouse qui désirait le quitter, avec qui il a été marié deux mois, passage à l'acte qui l'a conduit en détention. Henri préférera rester discret quant à ceci. Il dira seulement que sa famille, y compris ses enfants, lui avait fortement déconseillé d'épouser cette femme, de dix-huit ans sa cadette. Il s'est tout de même marié une seconde fois, mais à l'abri des regards de tous. Cette différence d'âge entre lui et sa compagne peut s'inscrire dans la non-résolution du conflit œdipien.

Henri est également évasif quant aux raisons des premières ruptures : « *c'est soi-disant parce que je buvais mais c'est pas vrai. Je travaillais. Je pouvais pas boire. Je travaillais le long des voies ferrées. Je creusais pour y mettre les câbles.* ». Il admet au fil de la discussion des antécédents d'alcoolisations massives, qui seraient la conséquence, selon lui, de son premier divorce, suite auquel il aurait ressenti une énorme tristesse.

Il dit ne « *pas avoir eu tellement de relations amoureuses. J'étais pas un coureur de femmes... Je suis un homme paisible, compréhensible.* ».

Henri est le troisième d'une fratrie de onze enfants, dont un frère et une sœur sont décédés. Une bonne entente demeurerait au sein de la fratrie, et ce depuis toujours.

Ses parents sont décédés : sa mère, « *de vieillesse* », l'année passée ; son père, d'un cancer, « *il y a une paire d'années déjà* ». L'entente avec ces derniers semblait également bonne.

Henri dit ne pas avoir de difficultés à aller vers les autres et bien s'entendre avec les femmes, comme avec les hommes.

Il semble avoir eu différents travaux et a fait son service national en Algérie. Il était également tierce personne pour sa première épouse, jusqu'à ce que celle-ci décède, car elle était épileptique, faisait des crises de tétanie et avait des problèmes cardiaques. Peut alors se poser la

question de l'identification à cette première épouse, qu'il semble encore porter dans son cœur, car la conversion que présente Henri prend l'allure de crises d'épilepsie.

Il aimait voyager, dit avoir fait deux fois le tour de la France en autostop. Aujourd'hui, il aime se promener et jouer aux cartes.

Les antécédents psychiatriques révèlent des tentatives de suicide et un syndrome anxio-dépressif. Henri décrit une bonne thymie actuellement et ne parle pas de tentatives de suicide mais décrit des mésusages de médicaments sans intention de se suicider.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach d'Henri, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 35, p 605.

a) D'un point de vue quantitatif.

Uniquement un indicateur donné par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974), est observable dans le protocole d'Henri : les réponses Dd et Dbl sont rares puisqu'inexistantes.

En revanche, le TRI n'est pas extratensif ($TRI = 1 K / 0 \Sigma C$), il n'y a aucune réponse Couleur FC, CF ou C. Il y a effectivement moins de deux grandes kinesthésies ($K=1$) mais il y a quatre kinesthésies animales. Le $F+\%$ n'est pas compris entre 50 et 60 ($F+\%=75$). Le $G\%$ n'est pas particulièrement bas ($G\%=46$). Les réponses estompage EF ou E ne sont pas fréquentes mais inexistantes. Enfin, il n'y a aucun refus et le nombre total de réponses R n'est pas proche de la moyenne ($R=13$).

b) D'un point de vue qualitatif.

Globalement, Henri est sensible au contenu latent des planches, ce qui est caractéristique des structures névrotiques : bonne sensibilité au contenu latent de six planches (planches I, II, IV,

Analyse des données cliniques d'Henri.

V, VI et VIII), sensibilité partielle au contenu latent de la planche X et pas de sensibilité au contenu latent de trois planches (III, VII et IX).

Il ne semble pas y avoir d'atteinte de l'unité corporelle puisqu'Henri donne majoritairement une représentation de soi entière et unitaire (neuf représentations de soi entières et unitaires, quatre non unitaires) et est capable de donner des représentations de soi sexuées à six reprises. Ceci est caractéristique des structures névrotiques. Ses assises narcissiques ne semblent également pas fragilisées car Henri n'a pas recours à la dévalorisation et n'intègre le blanc à aucune de ses réponses.

Concernant les mécanismes de défense, Henri utilise principalement le refoulement (six banalités bien perçues) et le recours à l'imaginaire (1 K et 4 kan). Il utilise également le recours à l'agir, la projection de l'agressivité, le recours à la réalité, la formation réactionnelle contre l'agressivité, la projection dans le réel du danger pulsionnel, la défense contra-phobique et la régression (régression passive à la planche VI et réponse Aenf à la planche VII). Ces mécanismes de défense semblent être efficaces puisqu'Henri obtient un indice d'angoisse nul et les dynamiques intra-planches sont principalement progrédientes.

Concernant l'angoisse, l'angoisse de castration est la seule angoisse perceptible dans le protocole d'Henri. Elle survient aux planches IV, VI et VIII. A la quatrième planche, l'angoisse de castration apparaît à travers la réponse Clob (« *un dragon* »), symbolisation de la puissance phallique, puis à travers la réponse contra-phobique donnée dans un second temps (« *un homme déguisé en dragon* »). Lors de la sixième planche, cette même angoisse est perceptible dans le fait qu'Henri n'interprète pas la partie phallique de cette planche réactivant l'angoisse de castration. Enfin, à la planche VIII, l'image dangereuse et puissante que perçoit Henri (« *deux gros chiens sauvages* ») peut de nouveau témoigner de l'angoisse de castration.

La présence d'un éventuel conflit œdipien n'apparaît pas dans les réponses d'Henri. Relevons toutefois, qu'à l'enquête des limites, il choisit la planche II pour se représenter et pour représenter ses parents. Cette absence de différenciation peut témoigner d'un attachement anaclitique mais peut également renvoyer au refus d'Henri de sortir de la triangulation

œdipienne, d'autant que dans cette planche, il perçoit à la fois une interaction positive érotisée, qui pourrait être destinée à la figure maternelle, et une interaction de type opposition-compétition qui pourrait être adressée à la figure paternelle. De plus, la réponse apportée à cette planche peut témoigner de l'intense réactivation de la dynamique conflictuelle œdipienne, bien que très bien symbolisée, car la formation réactionnelle contre l'agressivité, en début de réponse, ne tient pas.

Comme dit précédemment, Henri donne six représentations de soi sexuées : « *deux ours* » (R2), « *un dragon* » (R4), « *un homme déguisé en dragon* » (R5), « *deux gros chiens sauvages* » (R9), « *des hommes en haut, qui chassent* » (R11) et « *une sorte de biche [...] plutôt des cerfs* » (R13-13bis). Ces représentations sont masculines, excepté la dernière où un conflit dans les identifications sexuelles est exprimé puisqu'Henri voit dans un premier temps « *une sorte de biche* » qui deviendra « *des cerfs avec de longues cornes* ». Cette rectification, où l'accent sur le masculin est particulièrement appuyé grâce à la référence phallique, peut donc révéler une difficulté d'identification sexuelle.

Henri perçoit cinq relations d'objet de niveau œdipien-génital : une interaction positive érotisée à la planche II, trois interactions de type opposition-compétition, aux planches II, VIII et IX et une interaction négative, à la planche III. Il perçoit également trois relations d'objet de niveau limite-narcissique : deux kinesthésies de posture, aux planches VI et X et une relation de type dépendance orale, à la planche VII.

Enfin, Henri présente de bonnes capacités de symbolisation. Il symbolise le masculin-phallique (R2, R5, R11, R13) ainsi que l'agressivité (R4, R8, R9). En revanche, il ne symbolise le féminin-maternel (R13) qu'à une seule reprise. Cette symbolisation pauvre du féminin pourrait être associée à une lutte contre l'angoisse de castration et contre une difficulté d'identification sexuelle.

Le recours au refoulement, la présence de l'angoisse de castration, la présence du conflit œdipien à l'enquête des limites, ainsi que le conflit exprimé dans les identifications sexuelles sont autant d'éléments qui permettent de confirmer l'hypothèse de structure de personnalité hystérique.

Analyse des données cliniques d'Henri.

Si nous reprenons l'anamnèse, il semblerait qu'Henri s'inscrive davantage dans l'hystérie de conversion, à la vue de ses crises tonico-cliniques et du fait qu'il évoque beaucoup ses troubles intestinaux, mais la dimension phobique est aussi présente, notamment au test de Rorschach où elle est attestée par l'importance du mécanisme de défense d'inhibition qui réduit la productivité à une portion congrue.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 d'Henri constitue l'annexe 36, p 610.

a) D'un point de vue quantitatif.

Tout d'abord, notons qu'Henri n'obtient pas un score élevé à l'échelle clinique d'hystérie (3-Hy=59). Toutefois, plusieurs éléments permettent de confirmer l'hypothèse d'une structure d'hystérie de conversion. En effet, les scores obtenus à certaines échelles Harris-Lingoes (D3=91 ; Hy3=75) indiquent la présence de préoccupations somatiques anormalement élevée. Cela peut également être mis en lien avec les troubles intestinaux et l'âge d'Henri.

De plus, le score obtenu à l'échelle L (L=83) indique qu'Henri tente de se montrer sous un jour favorable. Ceci explique donc pourquoi les scores obtenus aux différentes échelles peuvent être artificiellement bas et peut être mis en parallèle avec le besoin de plaire et la quête perpétuelle d'affection qui se retrouvent dans le tableau clinique de la névrose hystérique. Ceci est confirmé par le faible score obtenu à l'échelle d'introversion sociale, qui décrit Henri comme sociable, extraverti, amical et ayant besoin d'être entouré (0-Si=49). Toutefois, le score obtenu à l'échelle de paranoïa (6-Pa=72) révèle une certaine méfiance, une certaine sensibilité dans les relations interpersonnelles. Plusieurs échelles indiquent également un sentiment d'incompréhension, de solitude (Pd4=77 ; Pa1=76 ; Pa2=68). Ce sentiment de manquer de soutien peut être, de nouveau, lié à la quête d'affection.

b) D'un point de vue qualitatif.

Le conflit œdipien n'apparaît pas dans les réponses d'Henri. Il répond aimer son père (item 90), aimer sa mère (item 276), que son père est un brave homme (item 6), tout comme sa mère est une brave femme (item 192).

Les réponses d'Henri peuvent révéler une certaine érotisation des relations, une quête d'affection lorsqu'il dit être terriblement blessé par les critiques et les réprimandes (item 127), aimer flirter (item 189) et s'efforcer d'être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés ou critiques (item 492). En revanche, il dit ne pas se préoccuper de son apparence extérieure (item 220), ne pas être particulièrement préoccupé de l'effet qu'il produit (item 335).

Ses réponses peuvent révéler une difficulté d'identification sexuelle. A l'item 62, il dit ne jamais avoir souhaité être une fille, mais à l'item 371, il répond avoir souvent désiré être de l'autre sexe.

Aucune régression n'émerge également des réponses d'Henri. Ce dernier répond par exemple par la négative à l'item 348 qui demande s'il souhaiterait être un enfant à nouveau.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.

L'anamnèse ne permet pas de mettre à l'épreuve cette première hypothèse. Seulement l'identification à sa première épouse, lorsque Henri adopte des symptômes de conversion prenant l'allure de l'épilepsie de son ex-épouse défunte, peut questionner.

Au test de Rorschach, un conflit dans les identifications sexuelles est perceptible à la fin du protocole, à la planche X, lors de la dernière réponse, lorsqu'Henri perçoit dans un premier temps « *une sorte de biche* » qui deviendra « *des cerfs avec de longues cornes* ». Il semble avoir lutter contre cette difficulté d'identification sexuelle durant toutes ses réponses puisqu'il donne six représentations de soi masculines, où l'accent est particulièrement mis sur le phallique agressif. Cette première hypothèse est alors confirmée par le test de Rorschach.

Cette hypothèse est partiellement confirmée par le MMPI-2, puisqu'Henri répond avoir

Analyse des données cliniques d'Henri.

souvent désiré être de l'autre sexe (item 371). Toutefois, à l'item 62, il dit ne jamais avoir souhaité être une fille. Cette contradiction peut s'expliquer par de l'inattention, une incompréhension des questions ou bien par l'abaissement des mécanismes de défense au fil des questions.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

Les éléments anamnestiques et le MMPI-2 ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette deuxième hypothèse.

Les réponses apportées au test de Rorschach, quant à elles, confirment cette hypothèse. En effet, l'angoisse de castration est la seule angoisse perceptible dans le protocole. A la planche IV, la réponse Clob, symbolisant la puissance phallique, suivie d'une réponse contra-phobique, témoignent de la présence de l'angoisse de castration. Cette dernière s'exprime à la planche VI, lorsqu'Henri n'interprète pas la partie phallique. Puis à la planche VIII, l'image dangereuse et puissante perçue par Henri peut témoigner de nouveau de l'angoisse de castration. Enfin, Henri rencontre des difficultés à symboliser le féminin-maternel alors qu'il parvient à symboliser le masculin-phallique et les pulsions agressives. Ceci alors être mis en lien avec une lutte contre l'angoisse de castration.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Henri étant peu loquace lors du recueil des éléments d'anamnèse, cette hypothèse peut être mise à l'épreuve que difficilement. Relevons toutefois la différence d'âge de dix-huit ans avec sa seconde épouse, pouvant s'inscrire dans la non-résolution du conflit œdipien.

Le test de Rorschach confirme cette hypothèse. Lors de l'enquête sur les choix, Henri choisit la deuxième planche pour se représenter et représenter ses parents. Cette absence de différenciation peut témoigner d'un attachement anaclitique mais peut également indiquer un refus de sortir de la triangulation œdipienne. Ceci peut être confirmé par le fait qu'il perçoive simultanément une interaction positive érotisée, pouvant être destinée à la figure maternelle, et une interaction de type opposition-compétition pouvant être adressée à la figure paternelle.

Le MMPI-2 infirme cette troisième hypothèse. Le conflit œdipien n'apparaît pas dans les

réponses d'Henri. Ce dernier répond de la même manière aux questions portant sur chacun de ses parents.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Les éléments anamnestiques ne confirment pas cette hypothèse puisqu'Henri dit s'entendre aussi bien avec les femmes qu'avec les hommes ou encore ne pas avoir eu de nombreuses relations amoureuses. Il n'est pas dans la séduction. En revanche, le recours à la conversion peut avoir pour objectif d'attirer l'attention d'autrui. Cette hypothèse est donc partiellement confirmée.

Au test de Rorschach, un plus grand nombre de relations d'objet de niveau œdipien-génital est perçu (cinq relations d'objet de niveau œdipien-génital contre également trois relations d'objet de niveau limite-narcissique). Ceci confirme cette hypothèse. Notons qu'il y a même une interaction positive érotisée.

Le MMPI-2 confirme également cette hypothèse car les scores obtenus aux différentes échelles indiquent qu'Henri est sociable, extraverti, qu'il a besoin d'être entouré et qu'il tente de se montrer sous un jour favorable, ce qui peut être mis en parallèle avec le besoin de plaire et la quête perpétuelle d'affection. Les scores révèlent également un sentiment de manquer de soutien, un sentiment d'incompréhension, pouvant être liés également à la quête d'affection. Enfin, certaines réponses d'Henri révèlent une érotisation des relations, une quête d'affection lorsqu'il dit être terriblement blessé par les critiques et les réprimandes, aimer flirter, ou encore s'efforcer d'être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés ou critiques.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

L'anamnèse, ainsi que l'attitude d'Henri lors des entretiens, ne permettent de confirmer que partiellement cette dernière hypothèse. Henri ne se montre pas théâtral, n'est pas dans la dramatisation. En revanche, le diagnostic de conversion hystérique posé par les praticiens hospitaliers peut aller dans le sens d'un recours à la théâtralisation.

Le test de Rorschach indique qu'Henri utilise principalement le refoulement (six banalités bien perçues) et le recours à l'imaginaire. Il utilise également le recours à l'agir, la projection de

Analyse des données cliniques d'Henri.

l'agressivité, le recours à la réalité, la formation réactionnelle contre l'agressivité, la projection dans le réel du danger pulsionnel, la défense contra-phobique et la régression. Ceci ne valide que partiellement cette dernière hypothèse.

Le MMPI-2 infirme cette dernière hypothèse. Les scores obtenus aux échelles de validité n'indiquent aucun recours à l'exagération ou dramatisation. Les réponses ne révèlent pas de régression.

VI – Analyse des données cliniques de Laurent.

I. Anamnèse.

Laurent est un homme âgé de 44 ans au moment de la recherche. Il bénéficie d'un suivi psychologique pour « *donner un sens à ma vie amoureuse* » et trouver des solutions qui lui permettront de ne pas reproduire constamment le même scénario dans sa vie sentimentale.

Il relate une vie amoureuse tumultueuse, ce qui est caractéristique des structures de personnalité hystérique. Il explique vivre actuellement une relation avec une compagne bipolaire : « *On a été en couple pendant trois ans. Ça fait un an qu'on est normalement séparés. Les deux premières années, tout se passait bien. C'était super. Puis, ça s'est dégradé au fur et à mesure, jusqu'à ce qu'elle porte plainte contre moi pour tentative d'homicide par strangulations et violences. Elle avait des comportements illogiques, des sautes d'humeur inattendus, changeait de décisions dès qu'elle devait s'engager. Elle devenait excentrique, mettait des tenues indécentes pour sortir. Tous les mecs la sifflaient, la reluquaient. Ça devenait difficile pour moi. Elle avait une sexualité sans limite. [...] En fait, elle m'accuse de tout ce qu'elle m'a fait. Moi, je n'ai rien fait. Ça a été prouvé. C'est un vrai traumatisme, tout ce qu'elle m'a fait subir et la garde à vue. Elle me harcèle, m'a frappé à plusieurs reprises.* ». Il explique ne pas parvenir à se détacher de cette relation malgré tout : « *Je reste inquiet pour elle. J'essaie de ne plus la voir mais elle fait que de m'envoyer des messages. Elle veut des relations sexuelles. J'essaie de résister. Mais au bout d'un moment, je finis par répondre pour qu'elle se calme et je vais la voir. Encore hier, on s'est vu, on a fait l'amour. On a des rapports sexuels tous les jours. Je suis sous son emprise. Je ne parviens à résister, je suis un homme et honnêtement, le sexe avec elle, c'est tellement bien.* ».

Laurent revient sur sa vie amoureuse passée, où la non-résolution du conflit œdipien est prégnante : « *J'ai connu ma première femme quand j'avais 14 ans. Elle avait 37 ans. On est restés 17 ans ensemble. On s'est séparé à cause de la différence d'âge. Elle était malade, elle a eu un cancer de l'utérus. Elle s'est fait opérer. Ils lui ont tout enlevé. On a continué à vivre*

Analyse des données cliniques de Laurent.

ensemble. Elle m'avait redonné ma liberté. Je pouvais côtoyer d'autres femmes mais elle ne voulait pas le savoir, ni les connaître. Ça a duré comme ça pendant deux ans, jusqu'à ce que je me mette en couple avec l'une de nos amies, elle l'a pas supporté et on s'est séparé. Je suis resté un an avec ma nouvelle compagne. C'était marrant car c'était le contraire de moi. On avait le même âge et avant moi, elle était avec un homme qui avait 19 ans de plus qu'elle. On s'est séparé. Elle est partie pour un autre homme. Après, j'ai connu quelqu'un d'autre, avec qui je suis resté deux ans. Elle avait 12 ans de plus que moi. Elle est partie parce qu'elle était amoureuse du père de son gendre et quand on faisait l'amour, elle pensait à un autre homme. Ce n'était plus possible. Puis j'ai été avec une femme de 10 ans de moins que moi. Elle s'est trop rapprochée d'un collègue et ça s'est aussi terminé. J'ai aussi été avec une autre femme de 12 ans de plus que moi aussi. On est restés un an, un an et demi ensemble. Et je me suis aperçu qu'elle me volait. On s'est séparés. Il y a eu d'autres femmes aussi de passage entre. Puis, j'ai rencontré ma compagne actuelle. Elle a trois ans de plus que moi, elle. ».

Dans les différentes relations que Laurent décrit, une différence d'âge est quasiment toujours notable. Elle peut renvoyer à la non-résolution du conflit œdipien, à la quête d'un amour maternel. Ceci se confirme lorsqu'il dit « *rechercher l'affection de ma mère auprès de mes compagnes. Et contrairement, à ma mère, j'ai toujours été fidèle à mes compagnes.* ».

Il explique que cette vie amoureuse compliquée le mène à de nombreux questionnements. Il se demande notamment pourquoi ses compagnes partent pour un autre homme, pourquoi il reste attaché à cette relation qui le fait souffrir. Il ajoute : « *Je ne comprends pas. Les femmes m'ont toujours dit que j'étais adorable mais pas toujours facile à vivre. C'est que je suis trop gentil peut-être ?* ».

Suite à cette relation/rupture, Laurent a quitté son domicile et vit actuellement chez sa mère et son beau-père. Il juge que la cohabitation se passe bien du fait de ne jamais les croiser, notamment car il est occupé par son activité professionnelle (Laurent tient un commerce).

Ses parents sont divorcés et Laurent a une sœur dont il ne parle quasiment pas. Il semblerait que Laurent ait été témoin de conflits parentaux en lien avec les infidélités de sa mère et dénonce l'absence de réaction de son père, contre lequel il semble être en conflit.

Au niveau somatique, Laurent est porteur du VIH. Il explique l'avoir attrapé à l'âge

de 14 ans, lors de sa première relation. Il ne l'aurait jamais transmis car le virus ne se serait pas encore déclaré. Laurent doit toutefois se rendre tous les six mois à l'hôpital pour faire différents bilans, différentes évaluations de la pathologie. Il explique que cette pathologie n'est pas taboue et dit en parler avec toutes ses compagnes, en précisant à chaque fois qu'il ne l'a jamais transmise.

Il ne fait part d'aucun autre problème somatique, évoque seulement des troubles du sommeil liés à des ruminations. Il explique également avoir une baisse de la thymie : « *Je ne vais pas bien. J'ai des blocages qui m'empêchent d'avancer dans ma vie. J'ai du mal à me détendre. Je ne sors pas. Je me l'interdis, je ne veux pas la croiser ou croiser des gens qui me parleront d'elle. Parfois, je me demande pourquoi je vis. Ses accusations fondées sur des mensonges me font du mal aussi.* ». Il évoque également une fatigue morale et physique.

Laurent a été reçu une trentaine de fois en entretien psychologique. Au cours de ses différentes consultations, son discours n'a cessé d'être ambigu, ses sentiments n'ont cessé d'osciller entre de l'amour pour son ex-compagne et un sentiment de lassitude, une envie de rupture, tout en maintenant toujours un lien avec elle. Laurent rejette toute piste de réflexion quant à cette ambivalence, se complait dans ses problèmes affectifs bien qu'il s'en plaigne, ce qui donne l'impression d'un manque d'investissement dans sa prise en charge. Cette tendance à se complaire dans ses difficultés amoureuses, à mettre en difficulté son thérapeute, à rejeter toute proposition de travail introspectif, peuvent confirmer l'hypothèse d'une structure de personnalité hystérique. Ajoutons qu'il ne respecte pas toujours les distances, qu'il pose des questions personnelles, tente par moment de sympathiser, ce qui peut de nouveau confirmer cette hypothèse.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Laurent, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 37, p 614.

Analyse des données cliniques de Laurent.

a) D'un point de vue quantitatif.

Peu des critères donnés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) de l'hystérie au test de Rorschach permettent de valider l'hypothèse de structure hystérique chez Laurent. Le $F+\%$ est bien compris entre 50 et 60 ($F+\%=56$), il y a une réponse estompée ($FE+=1$) et il n'y a pas plus de 30 réponses ($R=29$).

En revanche, le TRI n'est pas extratensif mais introversif mixte ($TRI = 4 K / 2 \Sigma C$). Il n'y a pas moins de réponses FC que de réponses CF et C ($FC=0$; $CF=1$) Il y a quatre kinesthésies. Les réponses Dd et Dbl ne sont pas rares ($Dd=4$; $Dbl=2$). Le $G\%$ n'est pas particulièrement bas ($G\%=28$). Il n'y a aucun refus.

b) D'un point de vue qualitatif.

Globalement, Laurent est sensible au contenu latent des planches, ce qui est caractéristique des structures névrotiques : bonne sensibilité au contenu latent de six planches (I, II, III, V, VI et X), sensibilité partielle au contenu latent de trois planches (IV, VIII et IX) et pas de sensibilité au contenu latent d'une planche (VII).

Laurent donne 16 représentations de soi unitaires, dont 14 sont entières et 13 représentations de soi non unitaires et est capable de donner des représentations de soi sexuées à sept reprises. Il semble donc y avoir une atteinte de l'unité corporelle, qui pourrait s'expliquer par le diagnostic de VIH. Ses assises narcissiques ne semblent pas fragilisées car Laurent n'a pas recours à la dévalorisation ou n'intègre pas systématiquement le blanc à ses réponses.

Laurent a recours à divers mécanismes de défense. Il utilise principalement le refoulement (six banalités perçues), le recours à la réalité, le recours à l'imaginaire (4 K, 4 kan et 1 kob) et la régression (réponses renvoyant aux personnages de bandes dessinées ou animaux de contes aux planches IV et VI et au monde aquatique à la planche X, régression passive à la planche VI), mais il a également recours, de façon plus ponctuelle, à l'isolation, la projection de la pulsion sexuelle, la projection de l'agressivité, l'inhibition, la projection de l'image du corps fragmentée, ainsi

qu'au recours à l'agir. Ces mécanismes de défense semblent permettre à Laurent de se dégager de l'angoisse provoquée par le test car la dynamique des planches est majoritairement progrédiente et l'indice d'angoisse est inférieur aux normes de l'échantillonnage (IA%=6).

En ce qui concerne l'angoisse, l'angoisse de castration domine ce protocole, ce qui est de nouveau caractéristique des structures de personnalité hystérique. Elle apparaît aux planches I, II, III, IV, VI et X. Aux planches I et VI, elle se manifeste par le recours à l'isolation à des planches compactes ; à la planche II, par l'accent mis sur le phallique agressif ; à la planche III, par l'équivalent choc au rouge ; par le rejet, à l'enquête des limites, des planches IV et VI symbolisant la puissance phallique ; à la planche VI, par la remarque sur l'absence de « *queue* » du dragon et de manière plus globale, l'angoisse de castration apparaît à travers les différentes références phalliques données par Laurent, tout au long de ses réponses.

Le conflit œdipien se retrouve également dans le rejet des deux planches à la symbolisation de la puissance phallique. Notons que Laurent avait choisi une de ses deux planches pour représenter son père, ce qui confirme le rejet de la figure paternelle et donc la présence du conflit œdipien non résolu. Ce conflit est également perceptible lorsqu'il s'identifie, avec son père, au combat de coqs qu'il perçoit à la planche II.

Une difficulté d'identification sexuelle peut être perceptible dans le fait que Laurent donne des représentations de soi féminines, à deux reprises, à la planche I. La réponse « *hippocampe* » à la planche X peut également être interprétée comme une ambiguïté de l'identité sexuelle, la particularité de cet animal étant le fait que ce soit le mâle qui porte les œufs et non la femelle. Enfin, à la méthode associative, Laurent s'identifie plusieurs fois à un caméléon, décrit des coiffures plus communément féminines (cheveux longs et tresses) et évoque sa capacité à s'adapter. Ceci ne pourrait-il pas traduire une éventuelle difficulté d'identification, notamment sexuelle ? Notons toutefois qu'il donne cinq représentations de soi masculines : « *deux coqs* » et « *deux hommes* » à la planche II ; « *un personnage de bande dessinée, genre Alf. Ouh, c'est vieux Alf.* » à la planche IV ; « *un dragon* » à la planche VI ; et « *une tête d'éléphant* » à la planche IX.

Concernant les relations d'objet, contrairement à ce que nous retrouvons dans d'autres

Analyse des données cliniques de Laurent.

protocoles des structures de personnalité hystériques, Laurent perçoit plus de kinesthésies de niveau limite-narcissique : cinq kinesthésies de posture aux planches I, II, V et IX ; et une relation anaclitique à la planche VIII. Toutefois, il donne trois relations d'objet de niveau œdipien-génital, de type opposition-compétition à la planche II et de type interaction positive aux planches II et III.

Enfin, Laurent présente de bonnes capacités de symbolisation. Tout au long de ses réponses, il parvient à symboliser parfaitement le masculin-phallique (R1, R2, R3, R5, R7, R8bis, R15, R20, R22, R23 et R29), le féminin-maternel (R3, R4, R24 et R28) et l'agressivité (R5, R15 et R19). Cela confirme de nouveau une structure névrotique de la personnalité.

Ces différents éléments permettent de confirmer l'hypothèse de structure de personnalité hystérique : Laurent a recours au refoulement, à la régression ; l'angoisse de castration domine le protocole ; le conflit œdipien irrésolu est notable ; et une problématique d'identification sexuelle semble émerger des réponses.

Laurent présenterait davantage une structure hystéro-phobique, qu'une hystérie de conversion, l'unité corporelle n'étant pas atteinte et la somatisation absente.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Laurent constitue l'annexe 38, p 624.

a) D'un point de vue quantitatif.

Les résultats obtenus au MMPI-2 donnent peu d'indications et ne permettent pas de confirmer l'hypothèse de structure de personnalité hystérique.

En effet, le score obtenu à l'échelle L (L=83) indique que Laurent n'est probablement pas honnête dans ses réponses, qu'il tente de se montrer vertueux et qu'il cache ses défauts. Les scores obtenus aux différentes échelles sont donc artificiellement bas. Ainsi Laurent ne semble pas avoir de préoccupations somatiques anormalement élevées, ne présente pas de

symptomatologie dépressive, n'a pas de réactions dites hystériques face à des situations stressantes, ne présente pas une personnalité antisociale, ne rejette pas le rôle traditionnel de l'homme, n'est pas paranoïaque, ni anxieux et ni schizophrénique.

Ceci peut être mis en parallèle avec le besoin de plaire et la quête perpétuelle d'affection qui se retrouvent dans le tableau clinique de la névrose hystérique. Ceci est confirmé par le score bas obtenu par Laurent à l'échelle d'introversion sociale (0-Si=43), ce qui le décrit comme sociable, extraverti, amical et ayant besoin d'être entouré. Le score élevé à la sous-échelle Pd1 (Pd1=78) témoigne de la présence de conflits familiaux, d'un manque d'affection, de compréhension et soutien de la famille. Ce sentiment de manquer de soutien peut être lié également à la quête d'affection.

Enfin, le score élevé obtenu à l'échelle MDS (MDS=69) confirme l'existence des conflits conjugaux relatés par Laurent, ce qui peut renvoyer aux vies amoureuses compliquées des personnes hystériques.

b) D'un point de vue qualitatif.

Le conflit œdipien pourrait apparaître lorsque Laurent répond par la négative à l'item 90 « *J'aime mon père (ou si votre père est mort) j'aimais mon père.* », alors qu'il répond par l'affirmative à l'item 276 « *J'aime ma mère (ou si votre mère est morte) j'aimais ma mère.* ».

Les réponses de Laurent peuvent révéler une certaine érotisation des relations, un comportement séducteur lorsqu'il dit aimer parler de sexe (item 209), se préoccuper de son apparence extérieure (item 220) ou encore s'efforcer d'être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés ou critiques (item 492).

Ses réponses ne révèlent pas de difficulté d'identification sexuelle : à l'item 371, il répond ne pas avoir désiré être de l'autre sexe et à l'item 62, ne jamais avoir souhaité être une fille.

Aucune régression n'émerge également des réponses de Laurent. Ce dernier répond par exemple par la négative à l'item 348 qui demande s'il souhaiterait être un enfant à nouveau.

Analyse des données cliniques de Laurent.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Ni les éléments d'anamnèse, ni les données apportées par le MMPI-2 ne permettent de confirmer cette première hypothèse.

En revanche, les réponses de Laurent au test de Rorschach laissent émerger une éventuelle difficulté d'identification sexuelle. Celle-ci se manifeste notamment par les deux représentations de soi féminine, ainsi que par la réponse « *hippocampe* » qui peut également être interprétée comme une ambiguïté de l'identité sexuelle. De plus, lors de la méthode associative, Laurent s'identifie à plusieurs reprises à un caméléon, décrit des coiffures plus communément féminines et évoque sa capacité à s'adapter. Nous pouvons alors nous demander si ceci ne pourrait pas confirmer l'hypothèse d'une difficulté d'identification sexuelle, bien qu'il donne, par ailleurs, cinq représentations de soi masculines.

b) *Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.*

Cette hypothèse ne pourra être confirmée ou infirmée par l'anamnèse ou par le test du MMPI-2.

Le test de Rorschach, quant à lui, confirme cette seconde hypothèse. Les réponses de Laurent révèlent une angoisse de castration qui domine le protocole. Elle apparaît aux planches I, II, III, IV, VI et X. Aux planches I et VI, l'angoisse de castration se manifeste notamment par le recours à l'isolation à ces planches compactes. A la planche II, l'accent mis sur le phallique agressif est le témoin de cette angoisse. A la planche III, l'équivalent choc au rouge est le principal indice de l'angoisse de castration. Le rejet, à l'enquête des limites, des planches IV et VI symbolisant la puissance phallique confirme la présence de l'angoisse de castration. A la planche VI, la remarque sur l'absence de « *queue* » du dragon est un nouvel indicateur. De manière plus globale, l'angoisse de castration apparaît à travers les différentes références phalliques données par Laurent, tout au long de ses réponses. Il donne en dernière réponse, la réponse « *masque* » comme pour se protéger de toute l'angoisse de castration qui a émergée tout au long du test.

c) *Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.*

La vie amoureuse de Laurent permet de confirmer cette hypothèse, notamment car une différence d'âge est pratiquement toujours observable dans ses différentes relations. Cette différence d'âge peut alors renvoyer à la non-résolution du conflit œdipien ou encore à la quête d'un amour maternel, ce que Laurent confirme lorsqu'il dit rechercher l'affection de sa mère auprès de ses compagnes.

Au test de Rorschach, le conflit œdipien se retrouve lorsque Laurent rejette les planches IV et VI à la symbolisation de la puissance phallique, d'autant que Laurent choisit une de ses deux planches pour représenter son père. Ce rejet de la figure paternelle va dans le sens d'un conflit œdipien non résolu. Ce conflit est également perceptible lorsque Laurent s'identifie, avec son père, au combat de coqs qu'il perçoit à la planche II.

Enfin, le conflit œdipien est également perceptible au MMPI-2 lorsque Laurent répond par la négative à l'item 90 « *J'aime mon père (ou si votre père est mort) j'aimais mon père.* », alors qu'il répond aimer sa mère, à l'item 276.

d) *Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.*

La vie amoureuse tumultueuse dépeinte par Laurent peut confirmer partiellement cette quatrième hypothèse.

Le test de Rorschach ne confirme également que partiellement cette hypothèse car Laurent perçoit majoritairement des kinesthésies de posture, donc de niveau limite-narcissique. Toutefois, il donne trois relations d'objet de niveau œdipien-génital, de type opposition-compétition à la planche II et de type interaction positive aux planches II et III.

Les résultats obtenus au test du MMPI-2 décrivent Laurent comme sociable, extraverti, amical et ayant besoin d'être entouré ; indiquent qu'il tente de se montrer vertueux, qu'il cache ses défauts. Ceci peut donc être mis en parallèle avec le besoin de plaire et la quête perpétuelle d'affection, ce qui confirmerait cette hypothèse. Les scores obtenus témoignent également de la présence d'un manque d'affection, de compréhension et soutien de la famille. Ce sentiment de manquer de soutien peut aussi être associé à la quête perpétuelle d'affection. Enfin, plusieurs des réponses de Laurent peuvent révéler une certaine érotisation des relations, un comportement

Analyse des données cliniques de Laurent.

séducteur lorsqu'il dit aimer parler de sexe (item 209), se préoccuper de son apparence extérieure (item 220) ou encore s'efforcer d'être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés ou critiques (item 492).

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Les informations anamnestiques ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette dernière hypothèse. Notons toutefois que Laurent n'est pas théâtral, ni dans la dramatisation, lors des différents entretiens.

Le test de Rorschach montre que Laurent a recours à divers mécanismes de défense. Il utilise principalement le refoulement, le recours à la réalité, le recours à l'imaginaire et la régression. Ce dernier mécanisme de défense apparaît également à plusieurs reprises lors de la méthode associative durant laquelle Laurent fait référence au monde marin ou encore à sa jeunesse. Ceci permet donc de valider en partie cette hypothèse.

En revanche, le MMPI-2 ne permet pas de confirmer cette dernière hypothèse. Aucune régression n'émerge des réponses de Laurent, aucun recours à la dramatisation n'est rendu visible par les différentes échelles du test.

VII – Analyse des données cliniques de Ludovic.

1. Anamnèse.

Ludovic est âgé de 35 ans au moment de la recherche. Lors des premiers entretiens, il se montre extrêmement nerveux, ne cesse de gesticuler sur la chaise, touche les fermetures de son blouson, saisit la bandoulière de son sac... Au fil des entretiens, il se montre plus détendu et parvient à rester plus longtemps, sans être envahi par l'angoisse.

Ludovic explique : « *ça fait trois ans que je suis malade* ». Il fait ici référence à des crises d'angoisse, qui surviennent notamment lorsqu'il se rend dans des grandes surfaces, des magasins où il y a beaucoup de monde. Il décrit ces crises de la façon suivante : « *J'ai la nausée, je ne me sens pas bien et je dois repartir* ». Il met alors en place des stratégies d'évitement, il commande par exemple ses courses sur internet. Notons toutefois que Ludovic commence à aller dans des magasins mais il choisit de s'y rendre en semaine, à l'ouverture, pour rencontrer peu de clients, ce qui témoigne encore d'une stratégie d'évitement et ce qui révèle un grand repli sur lui-même.

Il précise avoir fait sa première crise d'angoisse à l'âge de 17 ans, « *mais les crises étaient espacées. J'en faisais peut-être qu'une par an. La première, c'était à la sortie d'un restaurant après une partie de karting, avec mon club de sport. En 2000, j'en ai refait au moment du bac. En 2001, au moment de la cérémonie de l'école de police. J'ai pas pu y aller du coup. En fait, c'est quand il y a trop de monde. Je suis mieux seul. [...] A la première crise, j'étais allé voir mon médecin. Il m'avait donné des cachets en cas d'angoisse. J'en avais tout le temps dans ma poche pour me rassurer. Ça allait mieux* ». Le traitement prescrit par le médecin traitant semble être utilisé par Ludovic dans un but de réassurance, l'effet semble davantage psychologique que physiologique, ce qui peut confirmer que les crises d'angoisse sont psychologiques, renvoient à de la somatisation.

Dans un premier temps, Ludovic dit ne pas voir quel pourrait être l'élément déclencheur

Analyse des données cliniques de Ludovic.

de son état actuel, puis dans un second temps, il émet l'hypothèse de la naissance de sa fille : « *Je suis tombé malade un mois après la naissance de ma fille. Je voulais qu'un enfant, moi. J'ai fait les deux autres pour faire plaisir à ma femme.* ». A ceci, s'ajoutent les problèmes financiers qui le « *stressent beaucoup* ».

Il a tenté, et tente encore aujourd'hui, plusieurs méthodes pour parvenir à prendre le dessus sur ses crises d'angoisse : traitement médicamenteux, suivi psychologique, hypnose, acupuncture ; en pensant qu'aucune de ces méthodes ne pourra l'aider. Il est effectivement pessimiste quant à une évolution favorable de son état de santé actuel.

Actuellement, Ludovic ne travaille pas car il ne s'en sent « *pas capable* ». Il est en arrêt maladie depuis trois années. Il a travaillé dans la police durant cinq ans, en tant qu'agent de sécurité. Puis tous les ans, il avait un contrat de six mois dans le monde agricole. Aujourd'hui, il souhaiterait un travail dans lequel il est peu en contact avec autrui. Il explique avoir toujours eu une passion pour les camions, les poids-lourds et le métier de routier pourrait donc lui plaire. Il est toutefois freiné par les démarches à effectuer pour réaliser ce projet.

Concernant sa vie amoureuse, Ludovic et son épouse ont fait une « *pause* » durant six mois, période durant laquelle il espérait se remettre en couple avec cette dernière. Au bout de ces six mois, il a appris que Madame était enceinte d'un autre homme, ce qui a permis un éclaircissement de la situation, bien que ce fût douloureux pour Ludovic. Ils sont donc maintenant en instance de divorce. Ludovic explique que des ragots, auxquels il ne croit pas, portant sur des infidélités de Madame étaient à l'origine de leur séparation car cette dernière avait voulu quitter le village dans lequel ils habitaient pour fuir les commérages. Ludovic avait refusé de déménager, souhaitant rester « *près de chez ma mère* ». Ce souhait de rester près de chez sa mère pourrait témoigner de la non-résolution du conflit œdipien.

Ludovic a trois enfants : deux fils de 5 et 7 ans et une fille de 3 ans. Il voit ses fils régulièrement, mais voit peu sa fille car selon lui, « *elle préfère rester avec sa mère* ».

Ludovic est dans la dévalorisation lorsqu'il parle de ses enfants. Il pense que ces derniers « *s'ennuient* » quand ils sont chez lui car il dit ne s'« *intéresser à rien* » et donc ne « *pas être intéressant* ». Lorsque les enfants viennent, il choisit donc de les amener chez « *ma mère* », afin

qu'ils puissent jouer à la ferme. N'acceptant pas son importante prise de poids, la dévalorisation est également présente lorsque Ludovic évoque son apparence physique. Cette dévalorisation traduit une fragilité des assises narcissiques.

Concernant ses parents, Ludovic se dit plus proche de sa mère et il semble y avoir peu d'échanges avec son père. Lorsqu'il parle de ses parents, il ne parle que de sa mère. Il va par exemple « *chez ma mère* », « *je vais voir ma mère* », mais ne dit jamais qu'il va chez ses parents ou voir ses parents, ceci peut venir témoigner d'un éventuel conflit œdipien non résolu, mis en avant par l'évincement du père. Il explique : « *Je suis plus proche de ma mère. Je lui parle plus... Mais j'aime bien mon père aussi quand même, hein ?! Mais on ne s'est jamais trop parlé. C'est comme ça.* ».

Ludovic a un frère de 7 ans son aîné. Il semble y avoir une bonne entente entre eux deux mais sans réelle complicité : « *Dans la famille, c'est chacun sa vie.* ». C'est par le biais de son frère qu'il obtenait ses contrats saisonniers. Il n'ose pas le solliciter de nouveau car craint de ne pas pouvoir mener cette mission dans son intégralité.

Ludovic semble souffrir de la solitude. Suite à la séparation et face aux trop grandes difficultés financières (endettement...), il revit depuis peu chez ses parents. Cette solitude, la rupture et le retour au domicile de ses parents ont pour conséquence une baisse de la thymie. Notons également que suite aux crises d'angoisse à répétition, Ludovic a vu sa vie sociale s'appauvrir. Il explique que depuis son mariage, il fréquentait déjà moins d'amis. Aujourd'hui, il entretient des relations avec quelques amis, notamment avec un avec qui il passe beaucoup de temps puisqu'il l'aide à bricoler dans une nouvelle maison, mais Ludovic reste toujours dans la crainte d'avoir une crise d'angoisse.

Ces crises d'angoisse peuvent s'apparenter à une forme de conversion car elles permettent à Ludovic de mettre un mot sur sa souffrance, mot plus acceptable pour lui, et ainsi de refouler, entre autres, ses problèmes conjugaux et familiaux.

Pour conclure, ajoutons que Ludovic poursuit son suivi. Il a été reçu, jusqu'à présent, une trentaine de fois en entretien psychologique. Certaines fois, il est peu loquace, nonchalant, replié

Analyse des données cliniques de Ludovic.

sur lui et par d'autres moments, il est plus accessible, parle plus volontiers de lui. Les crises d'angoisse ont aujourd'hui disparu : il parvient à faire ses courses dans des supermarchés, à amener ses enfants au cinéma ou encore dans des fastfoods. Il se dit toutefois déçu de son évolution, ne parvenant pas à aller dans l'hypermarché qu'il souhaiterait. Ceci lui permettrait-il de garder son désir insatisfait ? La disparition des crises d'angoisse a laissé place à des affects dépressifs, qu'il explique notamment par la pénibilité de vivre chez ses parents et son souhait de retrouver un logement, logement qu'il avait du rendre suite à des problèmes financiers. Avoir recours à de nouveaux symptômes lui permet de ne pas travailler sur un mal-être plus profond. Il commence toutefois à aborder un conflit avec les figures parentales mais reste, pour le moment, évasif.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Ludovic, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 39, p 628.

a) D'un point de vue quantitatif.

En s'appuyant sur les critères énoncés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974), nous constatons que les réponses de Ludovic au test de Rorschach donnent bien lieu à un TRI extratensif ($TRI = 1 K / 3 \Sigma C$). Il y a effectivement moins de deux réponses kinesthésiques ($K=0$; $KCl_{ob}=1$) et le G% est bas ($G\%=12$).

En revanche, il y a autant de réponses FC que de réponses CF et C ($FC=1$; $C=1$; $CF=0$), le F+% n'est pas compris entre 50 et 60 ($F+\%=63$), le nombre total de réponses est supérieur à 30 ($R=41$), les réponses Dd et Dbl ne sont pas rares ($Dd=6$; $Dbl=2$) mais les réponses estompage sont absentes. Enfin, il n'y a aucun refus de planches.

b) D'un point de vue qualitatif.

Ludovic est sensible au contenu latent de seulement quatre planches (IV, V, VII et X) du

test de Rorschach. Il est partiellement sensible au contenu latent de deux planches (VI et VIII) et n'est pas sensible au contenu latent des quatre autres planches (I, II, III et IX). Ceci n'est alors pas caractéristique des protocoles des structures névrotiques dans lesquels il y a habituellement une sensibilité au contenu latent de la majorité des planches. Ceci pourrait s'expliquer par le caractère désorganisateur de ses crises d'angoisse.

Les réponses de Ludovic renvoient plus majoritairement à une représentation de soi unitaire, toutefois de nombreuses réponses sont également le reflet d'une représentation de soi non unitaire (23 représentations unitaires et 18 non unitaires). Ceci peut être mis en parallèle avec les crises d'angoisse à répétition de Ludovic et des assises narcissiques fragilisées mises en évidence dans l'anamnèse mais peu par le test de Rorschach (Ludovic a recours à la dévalorisation qu'à une seule reprise (Autocrit à la planche III) et intègre le blanc dans quatre réponses sur 41). Relevons également que Ludovic donne, à travers ses différentes réponses, six représentations de soi sexuées. Cette capacité se retrouve dans les protocoles des structures de personnalité hystériques.

Ludovic utilise massivement le recours à la réalité, comme mécanisme de défense. Il utilise également la projection dans le réel du danger pulsionnel et le refoulement (quatre banalités correctement perçues). De manière beaucoup plus partielle, il a recours à l'annulation, la dévalorisation, l'inhibition, la projection des pulsions agressives, le recours à l'imaginaire (1 K et 1 kob), la défense contra-phobique, l'intellectualisation et la projection. Notons également le recours à la régression, à plusieurs reprises, lors de la méthode associative, notamment aux planches II, V et X. L'indice d'angoisse n'est pas supérieur aux normes de l'échantillonnage ($IA\%=12$), mais la dynamique intra-planches régulièrement régrédiente et les crises d'angoisse de Ludovic désorganisatrices suggèrent que ses défenses sont inefficaces.

Une autre des caractéristiques des structures hystériques est la présence de l'angoisse de castration, ce qui se retrouve dans les réponses de Ludovic à cinq planches sur dix. En effet, la double thématique phobique et les références phalliques à la planche I ; la réponse révélant une angoisse flottante à la planche II ; la thématique phobique et la réponse Sang à la planche III ; le recours à la défense contra-phobique et la nervosité de Ludovic à la planche IV ; la réponse

Analyse des données cliniques de Ludovic.

renvoyant au manque à la planche IX, sont autant de preuves de la dominance de l'angoisse de castration. Cette dernière est d'ailleurs encore perceptible à la méthode associative de la planche II car Ludovic est dans l'incapacité de faire une association avec cette planche ayant réactivée l'angoisse de castration.

Le conflit œdipien, également typique des structures de personnalité hystérique, est perceptible à l'enquête des limites lorsque Ludovic est tenté d'attribuer la même planche à sa mère et à lui-même pour les représenter.

Une difficulté d'identification sexuelle peut être perceptible dans le fait que Ludovic donne des représentations de soi féminines, à deux reprises, aux planches VII et VIII, en voyant « *un utérus* » ; et dans la réponse « *des hippocampes* » à la planche X, comme vu précédemment. Relevons toutefois que quatre réponses renvoient à une représentation de soi masculine : « *un fantôme* » à la planche III, « *un samouraï* » à la planche IV ; « *un rhinocéros* » à la planche IX ; et « *des lions* » à la planche X.

Concernant les relations d'objet, Ludovic ne perçoit que deux kinesthésies, aux planches III et IX. Aucune ne renvoie à une relation d'objet de niveau œdipien-génital, puisqu'il s'agit de deux kinesthésies de posture de niveau limite-narcissique. Il n'est pas étonnant que Ludovic présente un tel repli narcissique à la vue des symptômes qu'il décrit.

Enfin, Ludovic présente de bonnes capacités de symbolisation. Tout au long de ses réponses, il symbolise parfaitement le masculin-phallique (R1, R2, R15 ou encore R23, R29), le féminin-maternel (R11, R20) et l'agressivité (R1, R28, R30, R31). Cela confirme de nouveau l'hypothèse d'une structure de personnalité névrotique.

La dominance de l'angoisse de castration, le conflit œdipien irrésolu, la difficulté d'identification sexuelle, le refoulement, la régression confirment l'hypothèse selon laquelle Ludovic présente une structure de personnalité hystérique.

L'évitement des relations, perceptible à travers le peu de kinesthésies perçues, les différentes thématiques phobiques, permettent de dire que Ludovic présente davantage une

structure de personnalité hystéro-phobique, qu'une hystérie de conversion.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Ludovic constitue l'annexe 40, p 637.

a) D'un point de vue quantitatif.

Les résultats obtenus au MMPI-2 ne permettent pas de confirmer l'hypothèse de structure de personnalité hystérique.

Ludovic obtient un score dans les normes de l'échantillonnage à l'échelle clinique d'hystérie 3-Hy (3-Hy=59). Il obtient un score élevé uniquement à la sous-échelle de Harris-Lingoes Hy3 : Lassitude-Malaise (Hy3=75). Ce résultat est le seul score significatif allant dans le sens d'un fonctionnement hystérique. Cette élévation du score à cette sous-échelle peut être mise en parallèle avec les symptômes ressentis lors des crises d'angoisse.

Les différents résultats ne témoignent d'aucune tendance à l'exagération ou dramatisation, ou encore à un besoin de répondre à la désirabilité sociale. Ils ne révèlent également pas de difficultés d'identification sexuelle

Les résultats supérieurs aux normes de l'échantillonnage sont ceux obtenus aux échelles cliniques de dépression et d'introversion sociale (2-D=87 ; 0-Si=75). La présence d'affects dépressifs et le sentiment d'insécurité, de malaise dans les situations sociales, s'expliquent par les crises d'angoisse dont Ludovic souffre au moment de la recherche. Cette humeur dépressive et ce repli social sont perceptibles à travers différents scores obtenus.

b) D'un point de vue qualitatif.

L'analyse qualitative des réponses apportées par Ludovic au MMPI-2 ne permet également pas de confirmer l'hypothèse de structure de personnalité hystérique.

Ludovic répond de la même manière aux questions portant sur sa mère ou sur son père. Aucun conflit œdipien non résolu transparait alors.

Analyse des données cliniques de Ludovic.

Ses réponses ne révèlent également aucun recours à la régression. Il répond par la négative à l'item 348 qui demande s'il souhaiterait être un enfant à nouveau.

Ses réponses ne laissent pas transparaître de difficulté d'identification sexuelle : à l'item 371, il répond ne jamais avoir désiré être de l'autre sexe ; à l'item 62, ne jamais avoir souhaité être une fille.

Enfin, ses réponses ne témoignent pas d'une érotisation des relations, ni d'un comportement séducteur. Il dit ne pas aimer flirter (item 189) ou encore ne pas être préoccupé de son apparence extérieure (item 220). Notons toutefois qu'il dit s'efforcer d'être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés ou critiques (item 492). Ce dernier point peut être mis en parallèle avec le souhait d'entretenir de bonnes relations avec tout le monde et donc peut être mis en parallèle avec une quête d'affection.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

Les éléments anamnestiques ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette première hypothèse.

En revanche, le test de Rorschach confirme partiellement cette première hypothèse car une difficulté d'identification sexuelle peut être perceptible lorsque Ludovic donne des représentations de soi féminines, à deux reprises, aux planches VII et VIII, en voyant « *un utérus* ». Cette même difficulté peut être mise à jour par la réponse « *des hippocampes* » à la planche X, qui, comme dit précédemment, peut révéler une certaine confusion de l'identification sexuelle. Notons toutefois que Ludovic donne également quatre réponses renvoyant à une représentation de soi masculine : « *un fantôme* » à la planche III, « *un samouraï* » à la planche IV ; « *un rhinocéros* » à la planche IX ; et « *des lions* » à la planche X

Le MMPI-2, quant à lui, infirme cette première hypothèse. En effet, les scores obtenus par Ludovic et ses réponses ne révèlent aucune difficulté d'identification sexuelle.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

Cette deuxième hypothèse ne peut être mise à l'épreuve par l'anamnèse et le MMPI-2.

Le test de Rorschach, quant à lui, valide amplement cette hypothèse. L'angoisse de castration est considérablement présente dans les réponses de Ludovic. Elle est perceptible à cinq planches sur dix, à travers la double thématique phobique et les références phalliques à la planche I ; la réponse révélant une angoisse flottante à la planche II ; la thématique phobique et la réponse Sang à la planche III ; le recours à la défense contra-phobique et la nervosité de Ludovic à la planche IV ; et enfin à travers la réponse renvoyant au manque à la planche IX. L'angoisse de castration est également perceptible à la méthode associative de la planche II car Ludovic est dans l'incapacité de faire une association avec cette planche ayant réactivée l'angoisse de castration. Enfin, les réponses sexuelles féminines crues peuvent témoigner de l'intensité de l'angoisse de castration, pouvant être réactivée par l'infidélité de son épouse.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Lorsque, lors du recueil des éléments anamnestiques, Ludovic explique avoir refusé de déménager avec sa compagne afin de rester près de sa mère, la non-résolution du conflit œdipien transparait. Il en est de même lorsqu'il explique être plus proche de sa mère que de son père et lorsqu'il évince son père en ne parlant uniquement que de sa mère, en disant qu'il va « *chez ma mère* » ou encore « *je vais voir ma mère* ».

Le test de Rorschach permet également de confirmer cette troisième hypothèse. Le conflit œdipien est perceptible à l'enquête des limites lorsque Ludovic est tenté d'attribuer la même planche à sa mère et à lui-même pour les représenter.

En revanche, le MMPI-2 infirme cette hypothèse. Ludovic répond de façon similaire aux questions portant sur sa mère et sur son père. Aucun conflit œdipien n'apparait donc.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Ludovic n'est pas dans la séduction lors des entretiens, il respecte le cadre de la thérapie, les distances sociales. Il ne cherche pas à se montrer sous un jour favorable. Cette avant-dernière

Analyse des données cliniques de Ludovic.

hypothèse n'est donc pas confirmée.

Elle est également infirmée par le test de Rorschach car Ludovic ne perçoit que deux kinesthésies, aux planches III et IX, aucune ne renvoyant à une relation d'objet de niveau œdipien-génital.

Les scores obtenus au MMPI-2 infirment à leur tour cette hypothèse. Ludovic ne semble pas éprouver le besoin de répondre à la désirabilité sociale. Ses réponses ne témoignent pas d'une érotisation des relations, ni d'un comportement séducteur. En revanche, il déclare s'efforcer d'être toujours agréable même lorsque les autres sont énervés ou critiques, ce qui pourrait être associé à un besoin d'entretenir de bonnes relations et de ce fait à une quête d'affection.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

L'anamnèse ne permet pas de confirmer cette dernière hypothèse. Notons seulement que Ludovic ne se montre ni théâtral, ni dans la dramatisation lorsqu'il relate son histoire mais que son désir de rester vivre près de chez sa mère, en plus de révéler un conflit œdipien, peut témoigner d'un mouvement régressif.

Le test de Rorschach révèle que Ludovic utilise massivement le recours à la réalité, comme mécanisme de défense. Il utilise également la projection dans le réel du danger pulsionnel et le refoulement ; et de façon plus ponctuelle, l'annulation, la dévalorisation, l'inhibition, la projection des pulsions agressives, le recours à l'imaginaire, la défense contra-phobique, l'intellectualisation et la projection. Lors de la méthode associative, notamment aux planches II, V et X, il utilise également la régression. Cette dernière hypothèse est donc partiellement confirmée.

Les résultats obtenus au MMPI-2 n'attestent d'aucune tendance à l'exagération ou dramatisation. Les réponses ne révèlent aucun recours à la régression. Cette dernière hypothèse n'est alors pas confirmée par ce test.

VIII – Analyse des données cliniques de Michel.

1. Anamnèse.

Michel, décrit, par ses thérapeutes, comme un patient attaché à sa maladie, à son traitement, comme entretenant son mal-être et comme n'arrivant pas à faire le deuil de sa relation amoureuse passée, a été orienté vers cette recherche.

Lorsque la recherche lui est présentée comme portant sur l'impact des conflits amoureux sur la personnalité, il répond en plaisantant « *comme je dis toujours pour rigoler, je ne suis pas un mec facile !* ».

Michel est âgé de 56 ans au moment de la recherche. Il commence à se présenter en faisant part de son grand engagement dans une association d'entre-aide mutuelle. Il explique que c'est ce qui l'a sorti de « *sa léthargie* » et que c'est un « *remède à la solitude* ». Cette nouvelle activité lui a permis de se « *découvrir des compétences* » et lui permet de « *veiller sur les autres usagers* ». Il intervient dans des colloques, dans des lieux d'enseignements... pour partager son passé et parler de la dépression.

Michel bénéficie d'un suivi psychiatrique/psychologique depuis douze ans pour une symptomatologie dépressive. Il semblerait que ce soit la perte de son travail et une rupture amoureuse qui en soient à l'origine. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises en hôpital psychiatrique, a fait plusieurs tentatives de suicide, notamment des intoxications médicamenteuses volontaires. Il évoque un burn-out et explique craindre d'en faire un de nouveau suite à une divergence de point de vue avec une animatrice de l'association. Des idées noires, sans velléités suicidaires, seraient présentes. A contrario, il explique avoir atteint un « *stade de sagesse. Je ne veux pas quitter ce stade. J'ai du mal à aller mieux mais je suis dans une dynamique de prendre mon traitement etc. C'est pour mes enfants et l'association que je*

Analyse des données cliniques de Michel.

prends mon traitement. C'est pour eux que je me stabilise. Parfois j'hésite à prendre mon traitement pour ne pas aller bien. Je suis un écorché vif interne. Plus rien ne compte par moment. J'ai une fatigue de la vie en général. Parfois, je me demande combien de temps je vais encore tenir. Il m'arrive d'avoir l'impression que je n'ai plus rien à faire sur cette Terre ». Il décrit des périodes durant lesquelles il restait enfermé, dans le noir, ne sortait pas. Le fait qu'il dise « hésiter à prendre son traitement pour ne pas aller bien » peut renvoyer à une certaine complaisance dans le mal-être, ce qui peut se retrouver dans les structures de personnalité hystériques.

Au niveau somatique, Michel a une malformation de la colonne vertébrale. Il explique être « né handicapé. J'ai de gros problèmes de dos. J'ai quand même fait l'armée car je ne voulais plus l'image d'handicapé. J'ai toujours travaillé plus que les autres pour montrer ce que je pouvais faire malgré mon handicap ». En raison de sa santé, il décrit une différence d'éducation entre lui et le reste de sa fratrie : « je n'ai pas eu la même enfance que mes frères et sœurs. On me protégeait plus. J'ai fait beaucoup de rééducation ». Sa « scoliose complète » le fait souffrir de plus en plus, notamment en hiver. Dans son dossier médical, l'ablation de kystes maxillaires est également annotée.

S'ajoute à ceci une anorexie : « j'ai tendance à être anorexique depuis le burn-out. J'évacue tout. Oui, je fais partie des peu de cas d'anorexie chez les hommes... ». Cette précision peut nous amener à nous interroger sur une éventuelle difficulté d'identification sexuelle.

Michel conclut en disant « j'ai souffert toute ma vie... de douleurs mentales bien souvent. Je ne regarde pas les journaux télévisés car ce n'est que des mauvaises nouvelles qui me font souffrir. Je prends trop à cœur tous les problèmes de la Terre. C'est pour ça, qu'on me diagnostique une dépression. J'essaie de faire que le bien. ».

Il ne consomme ni alcool, ni drogues. En revanche, il fume un paquet de cigarettes par jour. « A l'armée, si on ne fume pas, on n'est pas un homme. C'est le gouvernement qui m'a forcé à fumer et maintenant il voudrait que j'arrête, avec toutes les campagnes de lutte contre le tabac. ».

Concernant sa vie amoureuse, il est divorcé, après avoir été marié une quinzaine d'années, avec une femme avec qui il est resté en bons termes. Sa femme avait neuf ans de moins que lui. Il

explique : « *on s'est séparés quand j'ai fait mon burn-out professionnel, quand j'ai fait ma dépression. Maintenant, je suis célibataire et je n'ai pas envie de me remettre en couple. Je n'ai pas de manque, pas de manque non plus sexuel. Je n'ai pas de libido, peut-être aussi à cause du traitement (antidépresseur et anxiolytique). Je suis un moine depuis treize ans ! Tous les matins, je vais au café. Encore ce matin, une femme m'a accosté mais je n'ai pas envie d'aller plus loin. Je n'ai pas renié de regarder une femme dans la rue mais je n'ai pas la même vision d'une femme que les autres hommes. Il n'y a pas d'arrière pensées sexuelles. De plus, trouver l'âme sœur viendrait contrecarrer ma sérénité. Les hommes ne peuvent pas vivre sans les femmes. Sans les femmes, il n'y aurait pas d'hommes et inversement. Je suis pour la parité. Mais là, je ne suis pas disponible pour une histoire d'amour, je ne dis pas qu'à l'avenir... Là, je souhaite rester sans femme dans ma vie.* ». Notons le désinvestissement important de la vie génitale. L'existence de troubles de la sexualité n'est pas rare dans les névroses hystériques.

Concernant sa vie amoureuse avant la rencontre de sa femme, il dit : « *J'ai eu quelques relations. Je n'étais pas Quasimodo, jeune, mais je n'étais pas un coureur. Je ne changeais pas de chaussures tous les week-ends. Je me fais encore aborder aujourd'hui ! Mais je mets les choses au point, je me protège. Je me conforte dans la solitude et la sagesse aujourd'hui. Après mon mariage, j'ai fait une tentative avec une femme mais elle m'a fait une crise de jalousie alors qu'il n'y avait pas lieu d'être. J'ai jamais été infidèle. Mon ex-femme était jalouse, elle était étouffante. Ça m'a rappelé ceci, j'ai préféré arrêter cette tentative.* ».

Au niveau familial, Michel est le père de trois enfants (une fille et deux fils). Il dit « *culpabiliser de les avoir abandonnés quand j'étais malade* ». Il décrit une bonne entente entre eux quatre : « *Mes trois enfants vont bien. Ils ont chacun leur personnalité. J'ai la chance d'avoir épousé une vraie mère. Elle a été présente pendant mon absence, pendant trois-quatre ans, à cause de la maladie. Ils ne m'en veulent pas de cette absence. Ma fille a 24 ans, on s'entend bien. Elle m'appelle encore « papoune » bien qu'elle ait un copain. Le dernier, je l'appelle « moustique ». Il y a toujours une certaine promiscuité entre nous. Un respect entre nous. Mes enfants ont été élevés en toute harmonie.* ». La tournure de phrase de Michel lorsqu'il dit « *avoir eu la chance d'épouser une vraie mère* » peut renvoyer à un conflit œdipien irrésolu. L'évocation d'une « *certaine promiscuité* » peut également être associée à un climat œdipien.

Analyse des données cliniques de Michel.

Michel est le quatrième enfant d'une fratrie de neuf : il a quatre frères dont un est décédé à l'armée et quatre sœurs. Michel fait part d'un sentiment d'incompréhension de sa famille concernant son état psychique. Il raconte que l'un de ses frères l'a sauvé « *in extremis d'une TS* », « *la famille est le premier rempart. Ma famille ne comprend pas toujours. Ils ont peur de la situation* ». Il dit les voir lorsqu'il est bien : « *depuis que j'ai atteint un stade de sagesse, les rôles auraient tendance à s'inverser, c'est moi qui les conseille* ».

Ses deux parents sont décédés. Sa mère est décédée il y a vingt-quatre ans d'un cancer généralisé et son père il y a deux ans. Michel explique avoir « *accompagné ma mère dans ses derniers moments. Ma mère est morte dans mes bras. C'est triste. J'ai aussi accompagné mon père mais c'était différent. Il avait coupé les ponts avec la famille quand il s'est remarié après le décès de ma mère, avec une femme plus jeune et il s'était reconverti. Il était algérien. J'avais renoué avec lui trois ans avant sa mort* ». Il dit s'être bien entendu avec ses deux parents.

Il ajoute avoir déjà organisé son incinération, pour ne pas que ses enfants aient à s'en soucier. « *Je veux être enterré avec ma mère. Mon urne sera scellée sur la tombe de ma mère. Bon ça m'a coûté un peu plus cher mais je ne veux pas être sur le mur des lamentations ! Mon père est enterré en Algérie. Je préfère être avec ma mère que mon père. Et si je suis enterré avec mon père, je serai déraciné en plus. Il y a aussi mon frère avec ma mère.* ». Ce souhait que son urne soit scellée à la tombe de sa mère peut témoigner de nouveau d'un conflit œdipien irrésolu.

Concernant sa vie sociale, Michel se décrit comme un homme « *sociable* ». Il dit s'entendre aussi bien avec les femmes qu'avec les hommes, ajoute avoir toujours été « *un meneur, dans le travail, dans l'association* ». Michel a exercé différents travaux, a fait plusieurs formations : mécanicien, conducteur d'engins, câbleur, tourneur, jardinier, cuisinier...

Il explique « *avant, comme tout le monde, je cherchais à plaire, à être comme tout le monde. Plaire est le but de tous mais ce n'est plus le mien aujourd'hui.* ». Le besoin de plaire peut être une des caractéristiques des structures de personnalité hystériques.

Michel apporte quelques dernières informations comme le fait qu'il ait recours à l'écriture comme exutoire. Il dit faire une « *auto-analyse, j'apprends à me connaître tous les jours* ». Il peint également.

Michel ne semble pas vouloir parler de ses parents, est plus évasif lorsqu'il est questionné sur sa vie personnelle alors qu'il devient très loquace lorsqu'il aborde différents thèmes tout au long des entretiens, lorsqu'il partage sa vision du monde, de la religion en précisant qu'il est athée. Il esquisse plusieurs sourires durant les entretiens et a recours à l'humour à plusieurs reprises.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Michel, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 41, p 641.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Peu des critères donnés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) de l'hystérie au test de Rorschach permettent de valider l'hypothèse de structure hystérique chez Michel. Il y a effectivement moins de réponses FC que de réponses CF et C (FC=0 ; KCC'=1 ; CF=3), les réponses Dd et Dbl sont bien rares (Dd=1 ; Dbl=1), il n'y a pas plus de 30 réponses (R=28) et le G% est inférieur aux normes (G%=28,5).

En revanche, le TRI n'est pas extratensif mais ambiéqual (TRI = 4 K / 4 ΣC). Il y a deux kinesthésies. Le F+% n'est pas compris entre 50 et 60 (F+% = 75). Il n'y a aucune réponse estompée et aucun refus.

b) *D'un point de vue qualitatif.*

Si nous nous intéressons au protocole Rorschach de Michel, d'un point de vue qualitatif, l'hypothèse de structure de personnalité hystérique est validée.

Globalement, Michel est sensible au contenu latent des planches, ce qui est caractéristique des structures névrotiques : bonne sensibilité au contenu latent de huit planches (I, III, IV, V, VI,

Analyse des données cliniques de Michel.

VIII, IX et X) et absence de sensibilité au contenu latent de deux planches (II et VII).

Michel donne majoritairement une représentation de soi entière et unitaire (21 représentations de soi unitaires et 7 non unitaires) et est capable de donner des représentations de soi sexuées à huit reprises. Cette capacité à donner des représentations de soi entières unitaires et sexuées, signe une structure de personnalité névrotique. Les assises narcissiques de Michel semblent légèrement fragilisées : certaines réponses sont chargées de dévalorisation (notamment R6, R8 et R9) ou sont chargées de souffrance dépressive (commentaire terminal à la planche II et R24).

Michel a recours à divers mécanismes de défense. Il utilise principalement le refoulement (huit banalités correctement perçues), le recours à la réalité et le recours à l'imaginaire (4 K, 4 kan et 2 kp), mais il a également recours à l'identification projective, la régression (régression passive à la planche VI et deux réponses Aenf à la planche VII), l'intellectualisation, l'inhibition, la projection dans le réel d'un vécu émotionnel, la projection de l'agressivité, la projection dans le réel du danger pulsionnel, la défense contra-phobique, l'idéalisation, l'isolation, la formation réactionnelle contre l'agressivité et la projection d'affects dépressifs. Toutefois, ces mécanismes de défense n'ont pas toujours permis à Michel de se dégager de l'angoisse provoquée par le test : la dynamique des planches est régrédiente, cinq fois sur dix, et l'indice d'angoisse est nettement supérieur aux normes de l'échantillonnage (IA%=19).

Concernant l'angoisse, l'angoisse de castration est dominante dans ce protocole. Elle est notamment perceptible aux planches I, III, IV et V et VI, à travers des symbolisations de la puissance phallique, l'accent mis sur le phallique agressif ou encore à travers les mécanismes de défense mis en place par Michel pour lutter contre celle-ci.

Le conflit œdipien apparaît dans le protocole de Michel, à travers la thématique d'opposition-compétition à la planche III (R6). Relevons également la bonne symbolisation des deux figures parentales en accord avec le contenu latent des planches. Le fait que Michel perçoive une relation érotisée à la planche IX, planche maternelle, en voyant « *deux visages qui veulent se faire la bise* », témoigne d'une érotisation de l'investissement génital.

La difficulté d'identification sexuelle pourrait s'exprimer chez Michel par la capacité à donner à plusieurs reprises des représentations de soi sexuées : cinq identifications masculines et trois féminines. Michel voit des « *éléphant* » à la planche II, des « *petits bonhommes* » à la planche III, un « *gros bonhomme* » ainsi qu'un « *monstre sorti des enfers* » à la planche IV et un « *ours* » à la planche VIII ; mais il perçoit également « *des fleurs [...] un bouquet* » à la planche IX et de nouveau, « *des fleurs* » à deux reprises, à la planche X. La réponse qu'il apporte à la planche IV est particulièrement intéressante car elle peut symboliser la bisexualité puisque le « *monstre* » qu'il perçoit dans un premier temps, devient au fil de la réponse, « *un monstre assez féminin car si on regarde les pieds, il a des talons aiguilles.* ». Cette réponse peut témoigner d'un conflit au niveau de l'identification sexuelle.

Concernant les relations d'objet, Michel donne quatre kinesthésies renvoyant à une relation d'objet de niveau génital-œdipien : de type opposition-compétition aux planches III (R6) et VII (R16), une interaction positive à la planche VII (R14) et une interaction érotisée à la planche IX (R23). Il donne également six kinesthésies et une tendance kinesthésique renvoyant à une relation d'objet de niveau limite-narcissique : six kinesthésies de posture aux planches I (R2, R3), II (R4, R5) et IV (R8, R9) ; une relation anaclitique de protection à la planche VIII (R20). Ceci témoigne de l'ampleur des mouvements régressifs de repli narcissique et du désinvestissement objectal.

Enfin, les personnes hystériques sont les seules à être suffisamment solides pour ne pas avoir besoin de lutter contre le morcellement provoqué par la planche X, ce qui est le cas de Michel, qui donne à cette planche, uniquement des réponses D.

Notons également que Michel présente de bonnes capacités de symbolisation. Tout au long de ses réponses, il parvient à symboliser parfaitement le masculin-phallique (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R12, R16, R17, R20, R27 et R28), le féminin-maternel (R4bis, R22, R25 et R26) et l'agressivité (R1, R6, R9, R12 et R20). Ceci confirme de nouveau une structure névrotique de la personnalité.

Globalement, ces différents éléments viennent confirmer l'hypothèse de structure de

Analyse des données cliniques de Michel.

personnalité hystérique : utilisation du refoulement, angoisse de castration, relation d'objet de niveau œdipien-génital...

Michel semble présenter une structure hystéro-phobique. L'orientation phobique se manifeste principalement par la symbolisation de la puissance phallique et les mécanismes de défense mis en place pour lutter contre l'angoisse que cette puissance phallique génère.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Michel constitue l'annexe 42, p 650.

a) D'un point de vue quantitatif.

Michel obtient un score élevé à l'échelle clinique 3-Hy d'hystérie (3-Hy=89), ce qui indique une tendance à avoir des réactions dites hystériques face à des situations stressantes.

Les préoccupations somatiques pouvant être caractéristiques des structures de personnalité sont révélées par différents scores obtenus au MMPI-2. En effet, Michel obtient des scores élevés à l'échelle clinique d'hypocondrie (1-Hs=91), aux sous-échelles Hy3 (Hy3=84), Hy4 (Hy4=86) ainsi qu'à la sous-échelle D3 (D3=75) et à l'échelle HEA (HEA=80). Toutefois, ces scores témoignant de la présence de préoccupations somatiques ou encore témoignant d'un sentiment de lassitude-malaise, doivent être interprétés avec prudence car ils peuvent être en partie dus au handicap de Michel.

Comme vu précédemment, des affects dépressifs peuvent également être présents dans les structures de personnalités hystériques. La présence de tels affects se retrouve à plusieurs reprises au MMPI-2 car Michel obtient des scores élevés à l'échelle clinique de dépression (2-D = 76), aux sous-échelles D1 (D1=74) et D5 (D5=79) révélant respectivement une humeur dépressive et des ruminations en lien avec cette humeur dépressive, ainsi qu'à l'échelle DEP (DEP=82), ce qui va dans le sens de l'instabilité de son mode d'organisation. Le score obtenu à l'échelle LSE (LSE=67), quant à lui, témoigne d'une estime de soi légèrement basse chez Michel.

Contrairement à ce que nous connaissons des structures hystériques, Michel ne se montre pas théâtral, extraverti ou encore ouvert vers les autres. Ce serait même l'inverse puisque les scores du MMPI-2 révèlent une tendance à l'anxiété, un sentiment d'éloignement et de désinvestissement de l'environnement habituel, ainsi qu'un léger évitement social. Michel semble avoir une vision réaliste de lui-même, il prend en compte les éléments positifs et négatifs. Toutefois, le score obtenu à l'échelle L indique une tendance de Michel à vouloir se montrer sous un jour favorable (L=74).

Enfin, le score obtenu à l'échelle 5-Mf (5-Mf=52) présente Michel comme à l'aise avec son rôle d'homme et ne révèle aucune difficulté d'identification sexuelle.

b) D'un point de vue qualitatif.

Qualitativement, les réponses de Michel, au MMPI-2, ne mettent pas en avant une structure de personnalité dite hystérique.

Le conflit œdipien ne transparait pas : Michel répond de la même manière aux questions portant sur chacun de ses deux parents. Ses réponses ne révèlent aucune érotisation des relations : il ne se dit pas préoccupé de l'effet qu'il produit (item 335) ou encore ne pas apprécier flirter (item 189). Ses réponses ne témoignent également pas de difficulté d'identification sexuelle : à l'item 371, il répond n'avoir pas souvent désiré être de l'autre sexe et dit ne jamais avoir souhaité être une fille à l'item 62. Enfin, ses réponses ne révèlent pas de régression : Michel ne souhaite par exemple pas être un enfant à nouveau (item 348).

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.

Lors du recueil des données anamnestiques, Michel semble s'identifier à une pathologie qu'il considère comme principalement féminine : l'anorexie. Cette identification et le fait qu'il précise que ce trouble des conduites alimentaires est rare chez l'homme peuvent nous amener à

Analyse des données cliniques de Michel.

suggérer une éventuelle difficulté d'identification sexuelle, ce qui pourrait confirmer partiellement cette première hypothèse.

Lors du test de Rorschach, cette difficulté d'identification sexuelle peut s'exprimer au travers de l'alternance de représentations de soi masculines et féminines données par Michel (cinq identifications masculines et trois féminines). Notons qu'il y a tout de même une dominance d'identifications masculines et relevons également la déqualification à minima du masculin. Cette difficulté pourrait aussi se retrouver dans la réponse que Michel apporte à la planche IV car elle symbolise la bisexualité puisque le « *monstre* » qu'il perçoit dans un premier temps, devient au fil de la réponse, « *un monstre assez féminin car si on regarde les pieds, il a des talons aiguilles.* ».

Enfin, les analyses qualitative et quantitative des résultats obtenus au MMPI-2 infirment cette première hypothèse.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

Ni l'anamnèse, ni le MMPI-2 ne permettent de mettre à l'épreuve cette hypothèse.

En revanche, les réponses de Michel au test de Rorschach révèlent que l'angoisse de castration est l'angoisse dominante. Elle est particulièrement notable aux planches I, III, IV et V, à travers des symbolisations de la puissance phallique, à travers l'accent mis sur le phallique agressif ou autres mécanismes de défense mis en place par Michel pour lutter contre celle-ci. Cette deuxième hypothèse est alors confirmée.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Certains éléments anamnestiques révèlent un conflit œdipien non résolu. C'est par exemple le cas lorsque Michel dit « *avoir eu la chance d'épouser une vraie mère* ». Cette manière de parler de son ancienne épouse peut renvoyer à un conflit œdipien irrésolu, tout comme l'évocation d'une « *certaine promiscuité* » lorsqu'il parle de ses enfants ou encore lorsqu'il dit souhaiter que son urne soit scellée à la tombe de sa mère.

Cette troisième hypothèse est confirmée par le test de Rorschach. Le conflit œdipien est présent à travers la thématique d'opposition-compétition qui resurgit à la planche III, ainsi qu'à

travers la relation érotisée que Michel perçoit à la planche IX, planche maternelle.

Le test de MMPI-2 ne révèle pas un conflit œdipien. Michel donne les mêmes réponses aux questions concernant sa mère, puis son père.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Cette quatrième hypothèse est infirmée par les éléments anamnestiques. Michel ne se trouve pas dans une érotisation des relations, il présente, au contraire, un désinvestissement important de la vie génitale, depuis son divorce et le début de sa dépression. Toutefois, avant cette période de sa vie, il explique qu'il cherchait « à plaire, à être comme tout le monde. Plaire est le but de tous mais ce n'est plus le mien aujourd'hui. ». Ce besoin de plaire peut être assimilé à la quête d'affection. Notons également que lors des entretiens, Michel n'est pas dans la séduction.

Au test de Rorschach, quatre de ses réponses font référence à des kinesthésies renvoyant à une relation d'objet de niveau génital-œdipien, de type opposition-compétition, interaction positive et érotisée, mais Michel donne également sept kinesthésies renvoyant à une relation d'objet de niveau limite-narcissique. Cette hypothèse n'est donc que partiellement confirmée.

Le test de MMPI-2 révèle une tendance à vouloir se montrer sous un jour favorable, ce qui peut être mis en parallèle avec le besoin de plaire qui se retrouve dans les structures de personnalité hystérique et confirme partiellement cette hypothèse, partiellement car les autres résultats témoignent d'un repli social.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

Les éléments d'anamnèse et les données apportées par le MMPI-2 ne permettent pas de confirmer cette cinquième et dernière hypothèse. Michel n'a pas recours à la dramatisation lorsqu'il relate son histoire ou lorsqu'il répond au MMPI-2. Il n'utilise également pas la régression.

En revanche, le test de Rorschach permet de dire que Michel utilise principalement le refoulement, le recours à l'imaginaire et à la réalité comme mécanisme de défense. Ce recours au refoulement permet donc de valider partiellement cette hypothèse. Par contre, l'utilisation de la

Analyse des données cliniques de Michel.

théâtralisation, de la dramatisation et de la régression est peu prégnante, voire inexistante. Michel a recours à la régression à trois reprises durant le test de Rorschach et la dramatisation se retrouve uniquement dans le commentaire terminal à la planche II.

IX – Analyse des données cliniques de Richard.

1. Anamnèse.

Richard est un homme âgé de 63 ans, au moment de la recherche. Les difficultés qu'il rencontre dans sa vie amoureuse sont à l'origine de dix ans de thérapie. La façon dont il s'exprime et le recul qu'il a sur sa vie témoignent du travail psychologique effectué.

Il est, à ce jour, célibataire, mais précise qu'il a été marié sept ans. Une enfant est née de cette union. Elle avait 4 ans lorsqu'il a divorcé avec sa femme. Il a eu la garde alternée et s'est occupé de sa fille de ses 12 ans à ses 17 ans. Il décrit sa fille comme « *introvertie* ». Ils se voient assez régulièrement. Il explique que « *ma fille me dit « je te veux, euh, je t'en veux un peu, mais tu ne sauras pas pourquoi* ». *Je pense que c'est par rapport au divorce. Ça me fait du mal. J'étais le père à qui on se confiait. Je n'étais pas trop permissif pour autant.* ». Notons le lapsus que Richard fait, qui peut venir témoigner d'une dynamique œdipienne, voire incestuelle.

Concernant son divorce, il dit : « *nous divorçons toujours à 50 %, chacun à sa part de responsabilité* ». Il explique que sa femme avait un amant pour combler son absence car il était un « *militant syndical très engagé* ». Il dit « *ne pas avoir vu venir la rupture* » et ajoute : « *Ma sexualité est aussi un problème. J'ai une sexualité double. Il m'arrive d'être attiré par des hommes. Mais c'est du sexe sans amour. Je suis addictif à l'argent et au sexe. Mes addictions me tenaillent. Je voudrais y mettre de l'ordre. Quand ça n'allait pas dans mon couple, je fuguais auprès d'hommes, bien que ça me désole ! Il y a une grande culpabilité en moi par rapport aux infidélités mais aussi une culpabilité d'avoir vécu quelque chose de bestial.* ». Cette culpabilité liée à la sexualité peut être similaire à ce qui est présenté dans les tableaux hystériques.

Après son mariage, il a été en concubinage avec une femme, durant 22 ans. Richard est à l'origine de la rupture : c'était une famille recomposée, sa belle-fille avait des problèmes, il devenait « *invisible, je devais prendre une décision. Malheureusement, on se voit encore. C'est une relation ambiguë. Je vais devoir décider de rompre mais c'est difficile à envisager. Les*

Analyse des données cliniques de Richard.

ruptures sont dures. Je ne retrouverai pas quelqu'un comme elle. ».

Concernant sa sexualité, il date son début à l'âge de 12 ans, lorsque, au pensionnat, il a été abusé par des pensionnaires plus âgés que lui : ceci témoigne d'une expérience sexuelle traumatique précoce. Il était dans un pensionnat non mixte et a eu ses premières attirances envers les hommes à ce moment. Il a commencé à côtoyer des filles à 15-16 ans et a eu sa première relation sexuelle avec une femme à 22 ans. Avant cette relation, il dit qu'il « *n'y avait pas d'amour avec ma sexualité. Mon adolescence a commencé à 22 ans. J'ai rien vécu avant.* ».

Ses compagnes et compagnons ont toujours approximativement son âge, à quelques années près.

Il parle de l'amour : « *l'amour, c'est comme un petit feu qui commence. On doit souffler dessus pour l'entretenir. J'ai du mal à le faire. Je suis égoïste par rapport aux femmes. Je ne voyais que ma souffrance, pas la leur. J'ai du mal à vivre le partage dans le couple, sauf les colères.* ». Il ajoute : « *j'ai toujours été dans une érotisation forte. Ma mère était par exemple tout le temps nue à la maison. Quand j'étais petit, mon père partait tôt au travail. Il venait me chercher pour me mettre dans le lit avec ma mère. Voilà, j'ai toujours été dans un climat érotique* ». Ceci témoigne d'une dynamique œdipienne, voire d'un climat incestuel et peut constituer un autre facteur sexuel précoce à valeur d'excitation sexuelle traumatique.

Aujourd'hui, ses parents sont décédés. Il dit avoir été « *confident* » avec sa mère jusqu'à ses 15 ans, jusqu'à ce qu'elle dévoile à son père, tout ce qu'il lui avait confié sur sa sexualité. Suite à ceci, « *je me suis replié sur moi, je n'avais plus de relation avec elle* ». Il dit ne jamais avoir été proche de son père : « *J'avais 41 ans d'écart avec lui. Il me dévalorisait tout le temps. Ça a été pire lorsque ma mère lui a parlé de l'homosexualité. Il a voulu me renier* ». De nouveau, apparaît une problématique œdipienne. Suite à ce conflit, il est parti faire l'armée durant un an, à 18 ans. Puis, il a vécu à Paris, en communauté, seul. C'est à ce moment qu'il dit avoir vécu ses « *premiers émois amoureux normaux* ».

Richard a une sœur de quatre ans son aînée. L'entente entre eux est bonne. Ils habitent ensemble actuellement. Il dit qu'elle est « *un peu castratrice. Mais j'ai l'habitude ! Toutes les femmes avec qui j'ai été, étaient castratrices. Ma mère l'était aussi. Je me demande parfois ce*

que je fais avec ma sœur. C'est à la limite de la normalité. Ma sœur est dépressive. Elle m'a confié que notre père lui aurait fait des attouchements. Je suis le gardien de ce secret. Je le sais depuis quelques années. Je suis bien le fils de mon père, avec ce problème de sexualité. J'ai toujours cherché comment lui ressembler. J'ai trouvé... ». La relation avec sa sœur et le fait qu'il retrouve un point commun entre les femmes qu'il a fréquentées et sa mère renvoient de nouveau à une dynamique œdipienne.

Richard a été hospitalisé deux fois, en hôpital psychiatrique, à sa demande, « *pour se préserver de mon environnement* ». Il ajoute qu'il a eu « *du mal à se séparer des patients. Je m'étais attaché à eux, même si au début, être entouré, de schizophrènes, paranoïaques, était étrange* ». Ceci vient renforcer ce que Richard disait précédemment, à savoir que la séparation est une étape difficile pour lui. Cela pourrait renvoyer à une angoisse d'abandon, tout comme lorsqu'il dit avoir toujours cherché comment ressembler à son père.

Au niveau relationnel, il se décrit comme un homme sociable. « *Je connais beaucoup de gens. J'ai fréquenté beaucoup d'associations, pour que mon exaltation aille ailleurs. Je pensais qu'en se souciant des autres, je m'améliorerais. [...] J'ai plus peur des femmes car c'est la grande inconnue. Je m'entends avec tout le monde. J'ai plus de facilité à parler avec les femmes. Il n'y a pas de compétition* ».

Il dit « *chercher du sens à ma vie, j'ai même été franc-maçon. J'avais choisi une obédience mixte. De nouveau, j'ai été confronté à une cheftaine, au matriarcat. Mais je me rends compte que j'ai besoin d'être rassuré, materné. J'ai beaucoup peur du regard masculin, comme j'ai eu peur du regard de mon père.* ». Ceci révèle une forte pression surmoïque. Le besoin d'être materné par les femmes peut être mis en lien avec un conflit œdipien non résolu et la peur des hommes peut renvoyer à une difficulté d'identification sexuelle.

Il évoque une prise de poids suite à un traitement, le vieillissement, un problème d'andropause et l'impact sur la sexualité. Il dit avoir « *du mal à accepter, à admettre tout ça. C'est mon non-amour qui gêne dans les relations, parce que oui, je ne m'aime pas. Je fais des thérapies pour apprendre à m'aimer. Je n'y arriverai jamais.* ». Ces propos attestent de la présence de failles narcissiques chez Richard.

Analyse des données cliniques de Richard.

Par rapport à sa santé, il dit avoir eu des maladies vénériennes, souffrir de constipation chronique car dit « *tout retenir* », a eu un adénome prostatique. Il ajoute qu'il prend des somnifères car il « *ne supporte pas quand la nuit arrive, ça me met très mal à l'aise* ».

Suite à un arrêt maladie dû à un burn-out, à la séparation et au décès de sa mère, ayant provoqués des « *attaques de panique* », il ne travaille plus. Il était conseiller financier dans une banque. L'apparition des attaques de panique peut montrer que Richard peut être dans la somatisation, ce qui peut être caractéristique des névroses hystériques.

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Richard, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 43, p 654.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Peu des indices donnés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) lors de leur analyse de l'hystérie au test de Rorschach se retrouvent. Le F% est bien inférieur aux normes (F% = 37). Le nombre de réponses se trouve dans la moyenne supérieure (R = 30). Il n'y a pas de réponses Dd, ni Dbl, mais il y a une réponse Ddbl.

En revanche, contrairement à ce qui était indiqué, le TRI n'est pas extratensif (TRI=7K / 4.5 ΣC), il y a plus de deux réponses kinesthésiques K (K=7 car il y a un espace et un recours à l'imaginaire importants), il y a autant de réponses FC que de réponses CF (FC=2 ; CF=2), le F+% n'est pas compris entre 50 et 60 (F+% = 73), le G% n'est pas particulièrement bas (G% = 33,3), il n'y a pas de réponses influencées par l'estompage proposé par les planches et il n'y a aucun refus.

b) *D'un point de vue qualitatif.*

Richard est sensible à tous les contenus latents des planches du test de Rorschach, excepté

à celui de la neuvième planche. Ceci peut être expliqué par la réactivation de la difficulté d'identification sexuelle observable à cette planche, lorsque Richard est dans l'incapacité de dire si le personnage qu'il voit est une femme ou un homme. Cette sensibilité au contenu latent des planches est caractéristique des structures névrotiques.

Richard donne des réponses reflétant majoritairement une représentation de soi entière et unitaire (20 représentations unitaires et 10 non unitaires). Il est par ailleurs capable de donner douze représentations de soi sexuées. Cette capacité à donner tant de représentations de soi sexuées signe de nouveau une structure névrotique. Aucune faille narcissique ne paraît au cours des différentes réponses énoncées par Richard.

Sur le plan défensif, Richard utilise principalement le recours à la réalité et à l'imaginaire (7 K et 6 kan), le refoulement (huit banalités correctement perçues) et la régression (référence à l'enfance à la planche I, perspective anale à la planche V, régression passive à la planche VI, réponse (H) faisant référence aux contes de fées à la planche IX et réponse renvoyant au milieu aquatique à la planche X). Il utilise plus partiellement l'inhibition constatable lors des hésitations ou lors de temps de latence plus longs (sans impact sur le nombre de réponses), l'idéalisation, l'isolation, la défense hypomane ou encore la projection dans le réel du danger pulsionnel. Ces différents mécanismes de défense mis en place semblent relativement efficaces, l'indice d'angoisse étant faible (IA%=9) et la dynamique intra-planches autant de fois progrédiente que régrédiente.

Deux angoisses apparaissent dans les réponses de Richard, l'angoisse de perte d'objet et l'angoisse de castration. Cette dernière est la plus dominante puisqu'elle est présente aux planches I, II, IV, VI et IX, tandis que l'angoisse de perte d'objet se retrouve uniquement à la septième planche, à travers la remarque lien. Les onze références phalliques, le terme « *découpé* » à la première planche, le temps de latence plus long face au symbolisme sexuel latent des planches II et VI, la réponse Clob à la planche IV de la puissance phallique, la difficulté d'identification sexuelle à la planche IX et le rejet de la planche du matriarcat castrateur témoignent de l'angoisse de castration.

Le conflit œdipien n'est pas prégnant dans le protocole de Richard. Toutefois, le fait que la planche maternelle (planche VII) réactive l'angoisse de perte d'objet peut témoigner de ce conflit. En revanche, le fait que la planche que Richard choisit pour représenter sa mère fasse partie des deux planches qu'il a le moins appréciées va à l'inverse d'un éventuel conflit œdipien.

Comme dit précédemment, la difficulté d'identification sexuelle se retrouve dans la seule absence de sensibilité au contenu latent de la planche IX où Richard ne parvient à identifier le sexe du personnage. Ceci le met d'ailleurs mal à l'aise car à l'enquête des limites, il dit apprécier la planche IX « *à part l'humain dont je n'arrive pas à détecter le sexe* ». A la planche V, il ne donne également aucune identité sexuelle aux « *êtres* » qu'il perçoit. Il donne huit représentations de soi masculines (« *un homme* » ainsi que « *deux hommes* » à la planche III, « *un géant, un peu démesuré* », « *un pénis monstrueux* » et « *deux hommes* » à la planche IV, « *deux hommes l'un à côté de l'autre* » à la planche VII, « *peut-être des ours* » à la planche VIII et « *des espèces d'elfes rieurs* » à la planche IX) et quatre représentations de soi féminines, trois bien symbolisées et une sur un mode cru (« *un sexe féminin* » ainsi qu'« *une fleur* » à la planche II, « *deux femmes avec un chignon dessus* » à la planche VII et « *une fleur genre arum coloré* » à la planche VIII), ce qui peut également venir témoigner d'une fragilité de l'identification sexuelle. Remarquons qu'à la planche VII, il voit dans un premier temps « *deux femmes* » et modifiera sa réponse, en disant qu'il voit « *deux hommes* ». Ceci illustre parfaitement le conflit d'identification sexuelle contre lequel il tente de lutter. Enfin, l'évocation du « *côté bisexualité* » à la méthode associative de la planche III est un autre indicateur.

Concernant les relations d'objet perçues, elles sont principalement de niveau œdipien génital : les neuf kinesthésies perçues aux planches II, III, IV, V, VII et X, renvoient à des relations de type compétition-opposition. Toutefois, Richard donne des réponses renvoyant à des relations d'objet de niveau limite-narcissique, comme aux planches VII (une relation de type dépendance), ainsi qu'aux planches VIII et IX (trois kinesthésies de posture).

De plus, à la dernière planche, Richard est capable de donner des contenus animaux entiers, il n'a pas besoin de lutter contre le morcellement de cette planche. Il remarque l'éparpillement de la planche, bien qu'il ne puisse interpréter tous les détails. Seuls les

fonctionnements hystériques sont assez solides pour ne pas avoir à lutter contre le morcellement réactivé par la planche X.

Notons également que Richard a de bonnes capacités de symbolisation. Tout au long de ses réponses, il parvient à symboliser parfaitement le masculin-phallique (comme par exemple à R9, R11, R17, R21, R23...), le féminin-maternel (R5, R17, R18, R20, R30...) et la pulsion agressive (R6, R10, R11, R16, R17, R21, R26...). Ceci confirme de nouveau une structure névrotique de la personnalité.

La présence d'affects dépressifs se retrouve dans la réponse kanC' à la planche X et à la méthode associative de la planche I avec la référence à l'automne.

Pour résumer, nous pouvons dire que l'ensemble des indices apportés par le test de Rorschach : l'utilisation du refoulement et de la régression comme mécanisme de défense, l'angoisse de castration présente et la problématique de l'identification sexuelle, confirment le diagnostic d'organisation hystérique.

Il semblerait que Richard s'inscrive dans une organisation hystéro-phobique, l'orientation phobique se manifestant notamment par l'inhibition et le refoulement.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Richard constitue l'annexe 44, p 662.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Les différents scores obtenus aux échelles de validité indiquent que le protocole est à interpréter avec prudence. Les scores des échelles F (F=101) et Fb (Fb=120) attestent d'une tendance à l'exagération, d'incohérences dans certaines réponses. L'exagération peut être assimilée à la théâtralisation se trouvant dans le tableau clinique de l'hystérie.

Richard obtient un score T à l'échelle clinique d'hystérie 3-Hy dans les normes de l'échantillonnage (3-Hy=61). L'analyse des cinq sous-échelles de Harris-Lingoes révèle que Richard est particulièrement dans la plainte somatique, dans un mal-être somatique (Hy3=75 ;

Analyse des données cliniques de Richard.

Hy4=72). Ceci est confirmé par le score obtenu à l'échelle clinique 1-Hs d'hypocondrie (1-Hs=73). Ces préoccupations somatiques font partie des caractéristiques des névroses hystériques.

Les affects dépressifs, la plupart du temps dus aux déceptions relationnelles, pouvant s'observer dans les tableaux cliniques de l'hystérie, se retrouvent dans les scores élevés aux échelles cliniques 2-D de dépression (2-D=68) et 7-Pt de psychasthénie (7-Pt=89) et dans le score obtenu à la sous-échelle D1 de Dépression subjective (D1=74).

Les déceptions relationnelles, la crainte de ne pas plaire se traduisent par des scores élevés à l'échelle clinique de paranoïa 6-Pa (6-Pa=86) et aux sous-échelles de Harris-Lingoes D5 de Ruminantion (D5=79), Pd1 de Conflits familiaux (Pd1=91), Pd4 d'Aliénation mentale (Pd4=92) et Sc1 d'Aliénation sociale (Sc1=105). Ces scores témoignent d'une sensibilité et méfiance par rapport à autrui, d'un sentiment d'infériorité, d'un manque d'affection ressenti, d'un sentiment de manque de compréhension.

Le score élevé obtenu à l'échelle clinique 5-Mf Masculin-féminin (5-Mf=72) peut s'interpréter comme un rejet du rôle traditionnel de l'homme, comme une inquiétude en lien avec des problématiques d'identification sexuelle, comme c'est le cas chez les personnes hystériques.

Le score obtenu à l'échelle clinique d'hypomanie 9-Ma (9-Ma=79) est supérieur aux normes de l'échantillonnage et peut être mis en lien avec l'exagération et théâtralisme repérables dans les personnalités hystériques.

b) D'un point de vue qualitatif.

Les réponses apportées par Richard aux questions ne permettent de valider que partiellement les critères de la névrose hystérique, d'autant plus que plusieurs de ses réponses sont contradictoires.

Le conflit œdipien ne transparait pas hormis lorsque Richard ajoute que la personne à laquelle il était le plus attaché et qu'il admirait le plus dans son enfance était une femme (item 473), nous pouvons supposer qu'il s'agit de sa mère.

Les réponses de Richard peuvent révéler une certaine érotisation des relations, un comportement séducteur lorsqu'il dit se préoccuper de son apparence extérieure (item 220) ou être préoccupé de l'effet qu'il produit (item 335). A contrario, il dit ne pas apprécier flirter

(item 189). Il ajoute ne pas recevoir toute la compréhension ou sympathie dont il a besoin (item 278), ce qui peut être mis en lien avec la quête perpétuelle d'affection des personnes hystériques.

Une réponse de Richard révèle une difficulté d'identification sexuelle : à l'item 371, il répond avoir souvent désiré être de l'autre sexe. A contrario, il dit ne jamais avoir souhaité être une fille à l'item 62.

De la régression émerge des réponses de Richard lorsque ce dernier répond par l'affirmative à la question demandant s'il souhaiterait être un enfant à nouveau (item 348).

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

La bisexualité que Richard évoque dans son anamnèse, ainsi que sa gêne par rapport aux autres hommes, peuvent être les témoins d'une difficulté d'identification sexuelle.

Cette difficulté apparaît au test de Rorschach lorsque Richard est sensible à tous les contenus latents des planches, sauf à celui de la neuvième planche qui réactive cette difficulté puisqu'il se trouve dans l'incapacité de dire si le personnage qu'il voit est une femme ou un homme, en raison du conflit dans ses identifications sexuelles. Cette difficulté à attribuer une identité sexuelle à l'être perçu se retrouve également à la planche V. L'oscillation entre huit représentations de soi masculines et quatre représentations de soi féminines sont également la preuve d'une fragilité de l'identification sexuelle. Le fait qu'à la planche VII, il perçoive dans un premier temps « deux femmes », puis finalement « deux hommes », illustre ce conflit d'identification sexuelle contre lequel il tente de lutter, tout comme lorsqu'il évoque le « côté bisexualité » à la méthode associative de la planche III. A la méthode associative de la planche I, Richard parle d'un papillon qui ne parvient pas à définir son identité sexuelle. Cette identification projective confirme de nouveau cette première hypothèse, tout comme cet intérêt pour les femmes qu'il ne parvient à cerner dans leur intégralité.

Au MMPI-2, le score élevé obtenu à l'échelle clinique 5-Mf Masculin-féminin peut s'interpréter comme un rejet du rôle traditionnel de l'homme, comme une inquiétude en lien avec

Analyse des données cliniques de Richard.

des problématiques d'identification sexuelle. Richard répond avoir souvent désiré être de l'autre sexe, ce qui peut également révéler une difficulté d'identification sexuelle.

b) Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.

Les éléments anamnestiques et les données du MMPI-2 ne permettent pas de confirmer ou infirmer cette deuxième hypothèse. Notons que lors du recueil d'éléments biographiques, l'angoisse d'abandon peut émerger lorsqu'il évoque une difficulté à se séparer d'autrui.

Au test de Rorschach, deux angoisses apparaissent dans les réponses de Richard, l'angoisse de perte d'objet et l'angoisse de castration. Cette dernière est la plus dominante puisqu'elle est présente à cinq planches par le biais de références phalliques, du terme « *découpé* » à la première planche, du temps de latence rallongé face au symbolisme sexuel latent des planches II et VI, de la réponse Clob à la planche IV de la puissance phallique (réponse Clob qui persiste à l'enquête des limites « *le côté monstrueux* »), de la difficulté d'identification sexuelle à la planche IX et enfin par le biais du rejet de la planche du matriarcat castrateur. A l'enquête des limites, il évoque une « *réduction masculine* » à la planche VII, ce qui peut également permettre la validation de cette hypothèse.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Le conflit œdipien transparait à plusieurs reprises dans l'anamnèse de Richard. En effet, il évoque une « *érotisation forte* » en présence de sa mère témoignant d'une dynamique œdipienne, voire d'un climat incestuel. Il dit ne jamais avoir été proche de son père et se décrit comme ayant été le « *confident* » de sa mère, jusqu'à ce que cette dernière dévoile à son père, tout ce qu'il lui avait confié sur sa sexualité. Suite à ceci, Richard dit qu'il n'avait « *plus de relation avec elle* ». De nouveau, apparait une problématique œdipienne, dynamique œdipienne renforcée lorsque Richard décrit sa relation avec sa sœur, les points communs entre les femmes qu'il a fréquentées et sa mère et son besoin d'être materné par les femmes. Richard dépeint une vie amoureuse tumultueuse, évoque des difficultés dans sa vie amoureuse, ce qui peut être mis en parallèle avec la non-résolution du conflit œdipien. Enfin, un lapsus de Richard lorsqu'il parle de sa fille (« *ma fille me dit « je te veux, euh, je t'en veux [...] »* ») renforce cette hypothèse.

Le conflit œdipien n'est pas prégnant au test de Rorschach. Toutefois, le fait que la planche maternelle (planche VII) réactive l'angoisse de perte d'objet peut témoigner de ce conflit. De plus, à l'enquête, Richard dit ne pas avoir une haute estime à l'égard de son père.

Le conflit œdipien ne transparait pas non plus au MMPI-2 hormis lorsque Richard dit que la personne à laquelle il était le plus attachée et qu'il admirait le plus dans son enfance était une femme (item 473), nous pouvons alors supposer qu'il s'agit de sa mère.

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

Richard dépeint une vie amoureuse tumultueuse, il dit d'ailleurs que ce sont des difficultés rencontrées dans sa vie amoureuse qui l'ont conduit à dix ans de thérapie. Il décrit une érotisation des relations : il dit être « *addictif au sexe* », parle de « *sexe sans amour* ». Lors des explications de son départ de son deuxième couple, il dit qu'il devenait « *invisible* ». Ce motif peut être mis en lien avec le besoin permanent qu'ont les personnes d'hystériques d'être au centre de l'attention de tous. Il ajoute que les ruptures sont difficiles pour lui. Ceci peut alors être rattaché à la crainte de perdre l'affection dans cette quête perpétuelle de l'amour.

Les relations d'objet perçues au test de Rorschach sont majoritairement de niveau œdipien génital de type compétition-opposition. Notons toutefois qu'il perçoit quelques interactions de niveau limite-narcissique.

Au MMPI-2, les scores élevés à l'échelle clinique de paranoïa 6-Pa et aux sous-échelles de Harris-Lingoes D5, Pd1, Pd4 et Sc1 témoignent d'une sensibilité et méfiance par rapport à autrui, d'un sentiment d'infériorité, d'un manque d'affection ressenti, d'un sentiment de manque de compréhension. Les réponses de Richard peuvent révéler une certaine érotisation des relations, un comportement séducteur lorsqu'il dit se préoccuper de son apparence extérieure ou être préoccupée de l'effet qu'il produit. Il ajoute ne pas recevoir toute la compréhension ou sympathie dont il a besoin, ce qui peut être mis en lien avec la quête perpétuelle d'affection des personnes hystériques et confirme alors cette hypothèse.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

L'anamnèse n'apporte pas d'éléments permettant de confirmer cette dernière hypothèse.

Analyse des données cliniques de Richard.

Richard ne se montre pas théâtral lors des entretiens, n'est pas inhibé, n'est pas dans la régression.

Au test de Rorschach, il utilise principalement le recours à la réalité et à l'imaginaire, le refoulement et la régression. Le refoulement se retrouve dans les huit banalités perçues. La régression se retrouve dans une réponse renvoyant à l'enfance, dans une perspective anale, dans une réponse renvoyant à une régression de la position passive ou bien encore dans une réponse renvoyant au monde aquatique. La mise en avant des affects à valence hystéroïde se retrouve également, notamment à la quatrième planche.

Au MMPI-2, les différents scores obtenus aux échelles de validité indiquent que le protocole est à interpréter avec prudence. Les scores des échelles F et Fb attestent d'une tendance à l'exagération qui peut être assimilée à la théâtralisation se trouvant dans le tableau clinique de l'hystérie. Ceci est confirmé par le score obtenu à l'échelle clinique d'hypomanie 9-Ma. Enfin, de la régression émerge des réponses de Richard, notamment lorsque ce dernier répond souhaiter être un enfant à nouveau.

X – Analyse des données cliniques de Salvador.

1. Anamnèse.

Salvador est un homme, d'origine espagnole, âgé de 44 ans. Au cours des entretiens, il se montre coopératif, extrêmement loquace. Il dira d'ailleurs : « *Je parle beaucoup, je sais !* ». Il semble avoir un réel besoin d'extérioriser ce qui le tourmente.

Il se présente avec un collier cervical lors du premier entretien. Lors d'un second entretien, il demande s'il peut le retirer. Des spasmes musculaires au niveau cervical surviennent fréquemment. Il explique ressentir « *des décharges électriques dans la tête depuis septembre 2016. C'est toute la journée. Parfois les décharges sont petites, parfois elles sont violentes* ». C'est bien suite à diverses manifestations somatiques que Salvador a été adressé pour la recherche. Il explique : « *Je suis un peu perdu. On me donne cinquante versions. Un coup, on me dit que c'est des crises d'angoisse. Un coup, des crises de tétanie. On m'avait augmenté mon traitement pour l'épilepsie donc je suppose que les médecins pensaient à de l'épilepsie. Je suis allé trois jours à l'hôpital parce que samedi, j'ai fait une chute dans les escaliers. Je suis tombé sept-huit fois déjà. En un peu plus d'un mois, j'ai fait soixante crises. Avant, j'étais en très bonne santé* ». Salvador a effectivement été adressé à l'hôpital suite à « des malaises avec paresthésies temporales bilatérales quotidiennes dans un contexte de stress associé à une sensation d'anxiété ». L'examen clinique est sans particularité et aucun déficit sensitivomoteur n'a été détecté au cours des examens neurologiques. Lors de l'hospitalisation, Salvador n'a présenté aucun nouvel épisode de malaise et une « suspicion de somatisation de troubles psychiatriques à type anxiété généralisée » a été conclue, ainsi que la « survenue de crises psychogènes ». Lors d'un dernier entretien, il se présente avec une croûte égratignée, au centre du front et explique qu'il s'agit de la conséquence d'une énième crise : « *J'ai encore fait deux crises, une chez le médecin et une dans la cour.* ». Tout cela témoigne d'une tendance à la somatisation, d'un besoin d'attirer l'attention, ainsi que du théâtralisme, les crises survenant souvent devant un public. A noter, qu'il est également présenté par les médecins somaticiens, comme théâtral.

Concernant sa vie amoureuse, Salvador évoque trois relations, desquelles des enfants sont nés : « *J'ai un enfant de 22 ans, d'une première union ; deux enfants de 9 et 11 ans d'une deuxième union ; et un enfant de 3 ans d'une troisième union* ». La première relation de concubinage a duré quatre ans ; la deuxième union a donné lieu à un mariage de six ans et la troisième union est sa relation actuelle, qui dure depuis six ans. Cela témoigne d'une vie génitale et amoureuse tumultueuse. Pour la première rupture, il explique qu'« *elle était très matérialiste et elle me parlait très mal. Elle me jetait des objets au visage. C'était que des disputes. Je suis parti. J'ai pris ma valise un jour et voilà* ». Concernant la deuxième compagne, il dit : « *elle était très agressive. Elle m'insultait. Elle me crachait au visage. Elle avait trop de manque de respect. Ça a été un divorce à l'amiable. Elle est partie avec les enfants. J'ai plus de nouvelles depuis deux ans. C'est inadmissible et personne fait rien !* ». Il ajoute aimer tous ses enfants mais ne voir que son dernier, bien qu'il ait encore son droit parental. Remarquons qu'il se met en position de victime lorsqu'il parle de ses ruptures, rend ses anciennes compagnes comme uniques responsables. Ce statut de victime, comme son statut d'« *épileptique* » aurait-il pour but d'attirer la compassion, de renvoyer une image positive de lui ?

Puis, il ajoute : « *Je n'étais pas quelqu'un qui allait vers les femmes. J'ai eu trois relations vraiment sérieuses. Je suis sorti avec quelques filles, ado, mais c'était plus des flirts qu'autre chose. Sans plus. J'ai eu ma première relation sexuelle à 20-22 ans, avec ma première compagne. Avant, il y avait rien. Ça durait que quelques semaines.* ».

Il est important de noter que Salvador est actuellement incarcéré. Il précise à plusieurs reprises que son épouse « *ne m'a jamais lâché. Elle veut encore un enfant de moi. Je suis très amoureux d'elle.* ». Il dira plus tard : « *C'est une fille de bonne famille comme on pourrait dire. J'ai peur de la perdre. Je deviens un jaloux possessif. J'essaie de travailler sur ça. Je fais des efforts. J'ai une totale confiance en elle mais c'est en les gens que je n'ai pas confiance.* ». Cette crainte de perdre sa compagne, ce besoin d'insister sur le fait qu'elle ne l'ait « *pas lâché* » peut témoigner d'une angoisse de perte d'objet.

Concernant le chef d'inculpation, Salvador a été condamné pour avoir agressé sexuellement trois touristes asiatiques majeures. Il explique ce passage à l'acte par son « *addiction à la pornographie* » et critique son geste : « *Je ne sortais plus. En voulant télécharger des films, je suis tombé sur des publicités pornographiques. J'ai commencé à cliquer dessus. A aller sur ces différents sites. Je suis rentré dans un cercle et je m'en sortais plus. Je me masturbais 20 à 30 fois par jour, jusqu'à avoir le sexe en lambeau. Je sais que ce*

n'est pas glorieux de raconter ça, encore moins devant une femme, mais j'ai vu plusieurs psychologues et j'ai appris à en parler. J'ai fait une fixation sur les asiatiques. J'avais un fantasme pour les femmes asiatiques, alors que j'ai eu trois unions avec trois maghrébines. J'ai eu une pulsion de réaliser ce fantasme. Je trainais dans les sites touristiques et à trois reprises, j'ai eu une pulsion. Je les forçais à me faire une fellation sous la menace d'un cutter. C'était pour les intimider. Je n'étais pas violent. Je jetais le cutter par la fenêtre après. Je voulais juste une masturbation. Quand elles se déshabillaient, je refusais. Il y en a qu'une sur les trois qui s'est défendue. Je m'excusais après. Je les prenais dans mes bras et pleurais. [...] Les relations sexuelles avec ma femme étaient de plus en plus espacées. J'ai été égoïste. Les faits se sont passés deux mois après sa grossesse. Il y avait beaucoup de tensions entre nous. ». Sa fréquence de masturbation, son addiction à la pornographie, ainsi que ses fantasmes obsédants, témoignent de nouveau d'une vie génitale problématique. Les faits qui lui sont reprochés témoignent également, à minima d'un trait pervers associé à son fonctionnement sexuel.

Il ajoute lors d'un autre entretien : *« J'ai besoin d'affection. Je ne demande pas des « je t'aime » mais de l'affection. Ma femme est bloquée par ce que j'ai fait et je la comprends. Il y a une bonne entente entre nous mais je trouve qu'on s'éloigne, qu'il y a moins d'affection. J'ai besoin de son soutien. »*. Cela peut renvoyer à la quête d'affection présente dans les structures de personnalité hystériques.

Au niveau familial, il explique que ses parents vivent en Espagne et qu'ils seraient gravement malades, c'est d'ailleurs des caractéristiques médicales qu'il met en avant lors de la description qu'il fait de ces derniers, ce qui peut être mis en parallèle avec sa propre tendance à la somatisation, à mettre en avant ses troubles physiques, à être dans la plainte somatique et ce qui peut également lui permettre de s'identifier à ses parents : *« Mon père est né en 1936. Il a une tumeur à la tête de 7 cm sur 4. Une opération serait trop risquée. Ma mère et mon frère s'y opposent. Ma mère n'est pas prête à perdre mon père. Si elle perd mon père, elle suivra. Mon père a des tremblements et des pertes de mémoire. Je ne sais pas si c'est Alzheimer ou Parkinson mais il a un des deux. Il a une prothèse au genou. Il est cardiaque et diabétique. Ma mère a 82 ans. Elle a une hépatite C, un début de cirrhose je crois. Elle refuse une opération du genou. Elle est cardiaque et diabétique aussi. Ils ont toujours eu des problèmes de santé. [...] Avec mes parents, je m'entends très très bien. Je leur ai fait la misère quand j'étais à l'école parce que je faisais rien à l'école. J'ai d'ailleurs pas de diplôme. Je voulais pas travailler. Il y a souvent eu des disputes avec eux à cause de*

l'école. Ils m'ont envoyé en apprentissage. Ils ont fait ce qu'ils ont pu avec moi. [...] Je leur ai dit « je t'aime » pour la première fois il y a quelques années. J'essaye de leur donner toute l'affection que je peux par téléphone. [...] J'ai peur de les perdre pendant ma détention. Je m'entends très bien avec eux. ».

Salvador a un frère de six ans son aîné, vivant également en Espagne : « *depuis tout petit, on s'est jamais bien entendus. Je devais tout le temps intervenir, il était irrespectueux avec mes parents. Petit, il était beaucoup plus grand que moi. Il me frappait devant ses copains. Aujourd'hui, il n'oserait plus me frapper mais son comportement n'a pas changé. On ne s'entend toujours pas.* ». Cette rivalité et cette remarque sur le fait que son frère était plus grand, ne pourraient-elles pas révéler la présence d'une angoisse de castration ? Il semblerait que son frère se soit également disputé avec l'épouse de Salvador : « *Il s'est mal comporté avec ma femme. Il ne lui parle plus donc pourquoi je lui parlerais s'il ne parle pas à ma femme ? J'ai plus de contact avec lui depuis quasiment cinq ans et demi. Avec mon frère, ça va pas du tout ! c'est clair !* ». Il semblerait qu'il n'y ait jamais eu de soutien, de solidarité fraternelle, mais bien au contraire une rivalité œdipienne.

A la fin du premier entretien, Salvador souhaite ajouter un élément : « *Ah oui, très important. J'ai oublié de vous dire. A l'âge de 10 ans, j'ai été violé par un homme, en allant à l'école... Deux fois. J'étais naïf. Je l'ai suivi. Pour l'argent. Je suis allé chez lui. Il a fermé la porte et il m'a menacé avec un couteau. C'était pas un viol. Enfin, si. C'était avec des objets. Je ne vais pas rentrer dans les détails. Je pleurais. Je demandais qu'il me fasse pas de mal. Je devais m'asseoir sur une chaise, avec des objets... Ma famille n'est pas au courant. J'étais reparti avec beaucoup d'argent. Il m'a violé une deuxième fois. Il est revenu pour s'excuser. Il m'a dit qu'il voulait me donner de l'argent pour se faire pardonner. Je l'ai cru. Je l'ai suivi et il m'a reviolé.* ». Ces deux viols pourraient constituer des traumatismes pouvant être impliqués dans la structuration névrotique, hystérique, de la personnalité de Salvador.

Il parvient à relater ces viols avec un certain détachement, mais poursuit en disant : « *Mon réel problème, c'est mes crises. Je pense que c'est toute l'inquiétude que j'ai. Surtout par rapport à ma famille. Ma femme a mal au dos, aux genoux, elle ne s'est pas acclimatée au temps d'ici. Je ne vois pas mes enfants. Tout ça, ça cogite dans ma tête. Je sens que ma tête gonfle. C'est peut-être pour ça que je fais des malaises, des crises. Je ne sais pas. Je pense que mes symptômes partiront quand tout ira mieux dans ma famille. Mais je suis très négatif.* ». Ce dernier point, de nouveau, peut venir confirmer l'hypothèse de somatisation.

Pour compléter cette anamnèse, relevons que Salvador a été cariste durant seize années. Il se considère comme « *bosseur* ».

2. Les indices témoignant d'une structure hystérique au test de Rorschach.

Le protocole interprété du test de Rorschach de Salvador, la méthode associative et le psychogramme constituent l'annexe 45, p 666.

a) *D'un point de vue quantitatif.*

Si nous nous appuyons sur les critères donnés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) de l'hystérie au test de Rorschach, le F+% est effectivement compris entre 50 et 60 (F+% = 54). Le nombre total de réponses R est proche de la moyenne (R = 20). Les réponses Dd et Dbl sont rares (Dd=1 ; Dbl=1). Enfin, il y a un refus, à la planche II.

En revanche, le TRI n'est pas extratensif, mais introversif (TRI=3K/0 ΣC), il n'y a pas moins de deux réponses kinesthésiques (K = 3), il n'y a aucune réponse FC, CF ou C. Le G% n'est pas particulièrement bas (G% = 35) et les réponses estompage EF ou E ne sont pas fréquentes puisqu'inexistantes.

b) *D'un point de vue qualitatif.*

Globalement, Salvador est sensible au contenu latent des planches puisqu'il y a une bonne sensibilité au contenu latent de cinq planches (I, III, IV, V et VII), une sensibilité partielle au contenu latent de deux planches (VI et VIII) et pas de sensibilité au contenu latent de seulement trois planches (II, IX et X). Ceci est caractéristique des structures névrotiques.

Salvador donne, au travers de ses réponses, onze représentations de soi entières et unitaires, dont cinq sont sexuées, et neuf représentations de soi non unitaires. Ceci pourrait témoigner de l'atteinte de l'unité corporelle, pouvant être mise en lien avec les crises et le recours à la somatisation dont Salvador fait preuve. En revanche, la capacité à donner des représentations de soi sexuées à un quart de ses réponses peut confirmer l'hypothèse d'une structure névrotique. Les assises narcissiques semblent légèrement fragilisées car Salvador a

Analyse des données cliniques de Salvador.

recours deux fois à la dévalorisation (Crit Obj aux planches IV et VI) et une fois à l'idéalisation (à la planche V) et le blanc est intégré à une réponse.

Sur le plan défensif, Salvador utilise principalement le refoulement (un refus et cinq banalités bien perçues), le recours à la réalité, l'inhibition, ainsi que le recours à l'agir. Il utilise plus partiellement le recours à l'imaginaire (3 K, 1 kan et 1 kp), la projection dans le réel du danger pulsionnel, la projection des pulsions agressives, la dévalorisation, l'idéalisation, la régression (réponse Aenf à la planche VII), la projection d'affects dépressifs, l'identification projective et la projection de morcellement. L'ensemble de ces mécanismes de défense ne semble pas permettre à Salvador de lutter efficacement contre l'angoisse puisque l'indice d'angoisse est très supérieur aux normes de l'échantillonnage (IA%=23).

L'unique et dominante angoisse émanant des réponses de Salvador est l'angoisse de castration. Elle est perceptible à la moitié des planches, à travers : la sidération traumatique liée à l'intensité du mécanisme défensif d'inhibition suscité par l'angoisse réactivée par la symbolique sexuelle et agressive, le recours à l'agir et le refoulement, à la planche II ; la projection dans le réel du danger pulsionnel aux planches III et IV ; la symbolisation de la puissance phallique sur un mode agressif à la planche IV ; l'isolation du détail phallique, non interprété, aux planches IV et VI ; ainsi qu'à travers la culpabilité surmoïque face à la planche sexuelle IX, culpabilité surmoïque qui se retrouve à plusieurs reprises dans le protocole et la méthode associative, à travers la réponse « *Yeux* ».

Le conflit œdipien n'est pas prégnant dans le protocole de Salvador. La planche VI, à la symbolique phallique, fait d'ailleurs partie de ses planches préférées, tout comme la planche maternelle VII, tandis que la planche IX, à la symbolique également maternelle, fait partie de celles qu'il a le moins appréciées. Notons toutefois que pour cette planche, la culpabilité surmoïque émergeant pourrait être le témoin d'une problématique œdipienne. Lors de la méthode associative de la planche VII, une conflictualité œdipienne est également latente, lorsqu'il dit « *ce qu'il y a au milieu, ça pourrait être moi qui essaye de m'immiscer entre mes parents* ».

La difficulté d'identification sexuelle n'est pas dominante dans le protocole de Salvador, mais elle pourrait apparaître à travers la représentation bisexuelle qu'il donne à la planche III, en voyant « *un couple* », ainsi qu'à travers la représentation de soi féminine, à la

planche VII (« *deux femmes qui dansent* »). En revanche, aux planches III, IV et VIII, il donne des représentations de soi masculines, en percevant « *un homme* », « *un genre d'homme* » et « *deux diables de Tasmanie* ».

Concernant les relations d'objet, cinq kinesthésies sont perçues. Trois d'entre-elles, aux planches VII, VIII et IX, sont des kinesthésies de posture, témoignant d'un repli narcissique. En revanche, deux kinesthésies de niveau œdipien-génital sont perceptibles : une interaction érotisée, à la planche III et une interaction de type opposition-compétition, à la planche VII.

Pour résumer, nous pouvons dire que l'ensemble des indices apportés par le test de Rorschach, comme par exemple le recours au refoulement, l'angoisse de castration présente durant tout le protocole, confirment l'hypothèse de structure de personnalité hystérique.

A la vue de l'inhibition et des thématiques phobiques (aux planches III, IV et IX, à l'enquête de la planche X ou encore lors de la méthode associative des planches I et III), il semblerait que Salvador présente une structure hystéro-phobique, bien que la conversion soit perceptible à travers les crises et spasmes musculaires.

3. Les indices témoignant d'une structure hystérique au MMPI-2.

Le protocole interprété du MMPI-2 de Salvador constitue l'annexe 46, p 675.

a) D'un point de vue quantitatif.

Les scores obtenus aux échelles de validité F et Fb (F=113 et Fb=120) sont extrêmement élevés et invalident le protocole de Salvador. Ces scores peuvent être interprétés soit comme étant le reflet d'une pathologie sévère, ce qui ne semble pas être le cas ici ; soit comme une simulation, une tendance à l'exagération, au théâtralisme, à la dramatisation, tendance que nous retrouvons chez les personnes dites hystériques, ce qui confirmerait l'hypothèse d'une structure de personnalité hystérique. Cette tendance à l'exagération est observable tout au long du protocole car Salvador obtient des scores, supérieurs aux normes de l'échantillonnage, à huit échelles cliniques sur dix, à dix-neuf sous-échelles de Harris-Lingoes sur trente-et-une, à treize échelles de contenu sur quinze, ainsi qu'à six échelles

supplémentaires. Ainsi, Salvador semblerait avoir des préoccupations somatiques anormalement élevées (1-Hs=97), présenterait une symptomatologie dépressive (2-D=93), aurait des réactions dites hystériques face à des situations stressantes (3-Hy=89), présenterait une personnalité antisociale (4-Pd=89). Il serait également méfiant (6-Pa=112), anxieux (7-Pt=98), en grande souffrance (8-Sc=105) et mal à l'aise dans les situations sociales (0-Si=80).

Les préoccupations somatiques anormalement élevées sont confirmées par les scores obtenus aux échelles D3, Hy3, Hy4 et HEA (D3=83 ; Hy3=97 ; Hy4=111 ; HEA=101). Ceci peut être mis en parallèle avec les différentes crises que Salvador fait, ou encore avec l'hystérie de conversion.

La symptomatologie dépressive se retrouve dans les scores obtenus aux échelles D1, D4, Sc2 et DEP (D1 = 98 ; D4 = 82 ; Sc2=88 ; DEP=77).

Enfin, concernant le mode de relation, les scores élevés obtenus aux échelles D5, Pd1 et Pd4 (D5=85 ; Pd1=71 ; Pd4=87) révèlent respectivement la présence de ruminations quant à ce qu'autrui pense de lui, de conflits familiaux, d'un sentiment de manque de compréhension, d'affection de la famille ; un sentiment de solitude, d'incompréhension, d'injustice. Le score élevé à l'échelle Pa1 (Pa1=120) témoigne de nouveau d'un sentiment d'incompréhension, tout comme le score obtenu à l'échelle Sc1 (Sc1=97) qui révèle un sentiment de rejet social. Ces différents éléments peuvent s'apparenter au mode relationnel des personnalités hystériques.

b) D'un point de vue qualitatif.

Le conflit œdipien n'apparaît pas dans les réponses de Salvador, ce dernier ne faisant aucune distinction entre les réponses portant sur sa mère ou son père. Ainsi, il répond aimer son père (item 90), aimer sa mère (item 276), que son père est un brave homme (item 6), tout comme sa mère est une brave femme (item 192). Il dit même que la figure à laquelle il était le plus attaché enfant n'était pas une femme (item 473).

Ses réponses portant sur le mode de fonctionnement objectal peuvent être caractéristiques des structures hystériques, révèlent une quête d'affection, une insatisfaction dans les relations, comme lorsque Salvador dit être terriblement blessé par les critiques et les réprimandes (item 127), ne pas être aimé par la plupart des gens qu'il connaît (item 78), ou encore ne pas recevoir toute la compréhension dont il a besoin (item 278). En revanche et étrangement, il dit ne pas s'efforcer à être toujours agréable même lorsque les autres sont

énervés ou critiques (item 492). Une érotisation des relations peut également apparaître lorsqu'il répond se préoccuper de son apparence extérieure (item 220), être particulièrement préoccupé de l'effet qu'il produit (item 335), qu'on ne le trouve pas séduisant (item 483), mais, il dit ne pas aimer flirter (item 189).

Ses réponses ne témoignent d'aucune difficulté d'identification sexuelle. A l'item 62, il dit ne jamais avoir souhaité être une fille, tout comme à l'item 371, où il répond n'avoir pas souvent désiré être de l'autre sexe.

Aucune régression n'émerge également de ses réponses. Salvador répond par exemple par la négative à l'item 348 et indique ainsi qu'il ne souhaiterait pas être un enfant à nouveau.

4. Mise à l'épreuve des hypothèses.

a) *Hypothèse 1 portant sur la représentation de soi.*

L'anamnèse ne permet pas de mettre à l'épreuve cette hypothèse.

Au test de Rorschach, la difficulté d'identification sexuelle peut apparaître à travers la représentation bisexuelle qu'il donne à la planche III, en voyant « *un couple* », ainsi qu'à travers la représentation de soi féminine, à la planche VII (« *deux femmes qui dansent* »). En revanche, aux planches III, IV et VIII, il donne des représentations de soi masculines, en percevant « *un homme* », « *un genre d'homme* » et « *deux diables de Tasmanie* » et il choisit la planche VIII pour se représenter, planche qu'il considère comme masculine. Cette première hypothèse n'est donc que partiellement confirmée.

Le MMPI-2 infirme cette hypothèse car les réponses de Salvador ne témoignent d'aucune difficulté d'identification sexuelle. Il dit ne jamais avoir souhaité être de l'autre sexe (items 62 et 371).

b) *Hypothèse 2 portant sur le type d'angoisse.*

L'anamnèse, tout comme le MMPI-2, ne permettent pas de mettre à l'épreuve cette hypothèse.

Le test de Rorschach, en revanche, confirme cette hypothèse. L'angoisse de castration est prégnante dans les réponses de Salvador. Elle est remarquable, à travers la sidération traumatique liée à l'intensité du mécanisme défensif d'inhibition suscité par l'angoisse

Analyse des données cliniques de Salvador.

réactivée par la symbolique sexuelle et agressive, le recours à l'agir et le refoulement, à la planche II. La projection dans le réel du danger pulsionnel aux planches III et IV témoigne de cette même angoisse, tout comme la symbolisation de la puissance phallique sur un mode agressif à la planche IV et l'isolation du détail phallique, non interprété, aux planches IV et VI. Enfin, la culpabilité surmoïque face à la planche IX, une planche sexuelle, culpabilité surmoïque qui se retrouve à plusieurs reprises dans le protocole et la méthode associative, à travers la réponse « *Yeux* », est un dernier indicateur de la présence de l'angoisse de castration.

c) Hypothèse 3 portant sur le conflit sous-jacent.

Le conflit œdipien n'est pas prégnant lors du recueil des éléments anamnestiques. Salvador, lors de son discours, ne fait pas de différences entre ses deux parents, dit entretenir, aujourd'hui, de bonnes relations avec chacun de ses deux parents. En revanche, une rivalité œdipienne est perceptible lorsqu'il parle de son frère, avec qui il semblerait n'avoir jamais entretenu de bons rapports.

Au test de Rorschach, le conflit œdipien apparaît seulement à travers la culpabilité surmoïque émergeant à la planche maternelle IX, ainsi qu'à la méthode associative de la planche VII où une conflictualité œdipienne est également latente, lorsque Salvador dit « *ce qu'il y a au milieu, ça pourrait être moi qui essaye de m'immiscer entre mes parents* ».

Le MMPI-2 ne permet pas de confirmer cette troisième hypothèse car, comme lors de l'entretien semi-directif, Salvador ne fait aucune distinction entre les réponses portant sur sa mère et sur son père. Ainsi, il répond aimer son père (item 90), aimer sa mère (item 276), que son père est un brave homme (item 6), tout comme sa mère est une brave femme (item 192).

d) Hypothèse 4 portant sur la relation d'objet.

L'anamnèse de Salvador témoigne d'une vie amoureuse tumultueuse, avec trois unions, ainsi que d'une vie sexuelle fortement investie, avec la naissance de quatre enfants, une fréquence importante de masturbation, une addiction à la pornographie et des fantasmes obsédants, ne permettant pas d'exclure à minima la présence d'une composante perverse infiltrant sa sexualité génitale. Il explique également avoir besoin d'affection et semble chercher à attirer l'attention sur lui à l'aide de manifestations somatiques. Cette hypothèse est alors confirmée.

Au test de Rorschach, cinq kinesthésies apparaissent. Trois d'entre-elles, aux planches VII, VIII et IX, sont des kinesthésies de posture, témoignant d'un repli narcissique. En revanche, deux kinesthésies de niveau œdipien-génital sont perceptibles : une interaction érotisée, à la planche III et une interaction de type opposition-compétition, à la planche VII. Cela confirme en partie cette hypothèse.

Celle-ci est également confirmée par le test du MMPI-2 où différents scores témoignent de l'importance qu'accorde Salvador à ce qu'autrui pense de lui, d'un sentiment de manque de compréhension, d'affection de la famille, d'un sentiment de solitude, d'incompréhension, d'injustice. Ses réponses révèlent également une quête d'affection, une insatisfaction dans les relations, comme lorsque Salvador dit être terriblement blessé par les critiques et les réprimandes, ne pas être aimé par la plupart des gens qu'il connaît, ou encore ne pas recevoir toute la compréhension dont il a besoin. Une érotisation des relations peut aussi être perceptible lorsqu'il répond se préoccuper de son apparence extérieure ou encore être particulièrement préoccupé de l'effet qu'il produit.

e) Hypothèse 5 portant sur les mécanismes de défense.

L'entretien révèle, à travers l'expression de diverses manifestations somatiques, une forte tendance au théâtralisme, à la dramatisation, ce qui confirme en partie cette dernière hypothèse.

Les réponses apportées au test de Rorschach révèlent que Salvador a recours principalement au refoulement, au recours à la réalité, à l'inhibition, ainsi qu'au recours à l'agir. Il utilise plus partiellement le recours à l'imaginaire, la projection dans le réel du danger pulsionnel, la projection des pulsions agressives, la dévalorisation, l'idéalisation, la régression, la projection d'affects dépressifs, l'identification projective et la projection de morcellement. Cela confirme également en partie cette cinquième hypothèse.

Enfin, les scores extrêmement élevés obtenus aux échelles de validité F et Fb, ainsi qu'à l'ensemble des autres échelles du MMPI-2, peuvent désigner une simulation, une tendance à l'exagération, la dramatisation. En revanche, aucune régression n'émerge des réponses de Salvador. Cette hypothèse est de nouveau partiellement confirmée.

L'HYSTERIE : Existe-t-il des différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques ? Étude à travers l'épreuve de Rorschach et le MMPI-2.

*Analyse
Comparative*

I – Analyse comparative quantitative.

L'ensemble des tableaux présentés ou évoqués dans ce chapitre se retrouvent dans les annexes.

1. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 1, portant sur la représentation de soi.

Concernant la représentation de soi, notons tout d'abord que les femmes et les hommes, hystériques, de notre échantillon, donnent significativement plus de représentations de soi entières et unitaires que de représentations de soi non unitaires, parcellaires ou encore fragmentaires, morcelées (au seuil $p < 0,05$)²⁰. Cela témoigne de l'absence de l'atteinte de l'unité corporelle et d'une solidité des assises narcissiques. En effet, malgré la crise existentielle traversée au moment où ces sujets ont été évalués par le test de Rorschach, la représentation de soi reste majoritairement entière et unitaire, ce qui suggère un narcissisme qui conserve des assises relativement solides malgré la fragilisation (marquée par les fréquences de réponses entières non unitaires et encore davantage par les réponses parcellaires et fragmentées) consécutive à la situation de crise traversée au moment du bilan psychologique.

Chacun de nos deux sous-groupes donne significativement autant de représentations de soi entières et unitaires, autant de représentations de soi fragmentaires ou morcelées, autant de représentations non unitaires ou encore parcellaires²¹. Ainsi, malgré un plus grand nombre de femmes de notre échantillon présentant une structure d'hystérie de conversion, les femmes ne présentent pas plus que les hommes, une atteinte de l'unité corporelle.

²⁰ Voir le tableau 164, dans les Annexes, p 702. et les tableaux 120, 121, 122, p 679.

²¹ Voir le tableau 149, dans les Annexes, p 693.

Tableau 2 : Résultats du Test t pour des échantillons appariés sur la fréquence d'apparition des représentations de soi sexuées et non sexuées au test de Rorschach.

	Moyenne	Ec-Type	t	dl	p
Représentation non Sexuée	17,75000	7,092435			
Représentation sexuée	5,70000	2,867238	6,94809	19	0,000001

Ce tableau 2 indique que les femmes et les hommes hystériques de notre échantillon donnent significativement plus de représentations de soi non sexuées que sexuées (au seuil $p < 0,05$). Notons toutefois que 23,8% des représentations de soi données par les femmes et 24,7% des représentations de soi données par les hommes sont sexuées²². Cette capacité à donner aisément des représentations de soi sexuées, puisqu'elles représentent près d'un quart des contenus projetés au test de Rorschach, est caractéristiques des structures névrotiques.

Tableau 3 : Résultats du Test t pour des échantillons appariés sur la fréquence d'apparition des représentations de soi féminines, masculines et bisexuelles au test de Rorschach.

	Moyenne	Ec-Type	t	dl	p
Représentation masculine	3,800000	2,726092			
Représentation féminine	1,750000	1,585294	2,84753	19	0,010298
Représentation féminine	1,750000	1,585294			
Représentation bisexuelle	0,250000	0,550120	3,52013	19	0,002288
Représentation masculine	3,800000	2,726092			
Représentation bisexuelle	0,250000	0,550120	5,48896	19	0,000027

Parmi les représentations de soi sexuées, les femmes et les hommes de notre échantillon donnent significativement plus de représentations de soi masculines que de représentations de soi féminines ou bisexuelles et plus de représentations de soi féminines que bisexuelles (au seuil $p < 0,05$) (tableau 3). Ce résultat peut questionner car l'échantillon étant constitué du même nombre de femmes et d'hommes, nous aurions pu nous attendre à une répartition plus équitable entre les représentations de soi féminines et masculines. Cela pourrait alors révéler une difficulté d'identification sexuelle chez les femmes hystériques car elles donnent plus de représentations de soi masculines que féminines. Pour ces dernières, nous pouvons conjecturer que cela pourrait traduire un surinvestissement du pôle phallique.

²² Voir le tableau 122, dans les Annexes, p 679.

Afin d'avoir un meilleur aperçu, comparons maintenant les représentations de soi sexuées perçues au test de Rorschach, selon le genre.

Tableau 4 : Résultats du test U de Mann-Whitney sur la fréquence d'apparition des représentations de soi sexuées au test de Rorschach.

	Somme Rangs Groupe des femmes	Somme Rangs Groupe des hommes	U	Z	Valeur p
Représentation sexuée	120,00	90,00	35,00	1,09610	0,273037
Représentation non sexuée	119,00	91,00	36,00	1,02050	0,307490
Représentation féminine	89,50	120,50	34,50	-1,13389	0,256840
Représentation masculine	100,50	109,50	45,50	-0,30237	0,762369
Représentation bisexuelle	94,50	115,50	39,50	-0,75593	0,449692

Le tableau ci-dessus (tableau 4) n'indique aucune différence significative (au seuil $p < 0,05$) entre les représentations de soi sexuées données par les femmes hystériques et les hommes hystériques de notre échantillon. Il est donc étonnant que les hommes ne donnent pas significativement plus de représentations de soi masculines que les femmes, et inversement, il est étonnant que les femmes ne donnent pas significativement plus de représentations de soi féminines que les hommes. Comme ce tableau 4 l'indique, les hommes de notre échantillon donnent d'ailleurs plus de représentations de soi féminines que les femmes. Ceci pourrait alors confirmer la difficulté d'identification sexuelle plus marquée, présente chez les personnes hystériques de sexe féminin.

De plus, lors de l'enquête sur les planches préférées et rejetées, ainsi que sur les planches pouvant les représenter, représenter leur mère ou leur père, aucune différence n'apparaît dans le choix des planches du test de Rorschach que les femmes et les hommes font pour s'auto-représenter²³, ce qui signifie que chaque planche est choisie approximativement à la même fréquence par les femmes et les hommes ou n'est jamais choisie par les deux groupes. Tel est le cas pour les planches IV et VI, ce qui peut s'expliquer par la trop grande réactivation de l'angoisse de castration empêchant les participants de s'identifier à cette planche. Notons que la planche III est la plus choisie par les deux sexes pour s'auto-représenter, sans doute parce qu'elle facilite l'identification sexuelle à travers la réponse humaine. Ainsi, les femmes de notre échantillon ne s'identifient pas plus aux planches

²³ Voir le tableau 134, dans les Annexes, p 684.

Analyse comparative quantitative.

féminines que les hommes, et inversement les hommes ne s'identifient pas plus aux planches masculines que les femmes. Ce résultat peut donc confirmer de nouveau la présence d'une difficulté d'identification sexuelle chez les personnes hystériques.

Nous constatons également un choix très disparate chez les femmes pour représenter leur mère²⁴ : aucune ne choisit la planche IX alors que 40% des hommes sont plus sensibles à la symbolique maternelle de cette planche. Notons aussi que 30% des femmes choisissent la planche phallique IV pour représenter leur mère, alors qu'aucun homme ne la choisit (ce qui est tout à fait normatif), et 10% des femmes choisissent la planche phallique VI pour représenter leur mère. Quatre femmes sur dix, auraient-elles une figure maternelle phallique ? De plus, bien que les femmes choisissent le plus souvent la planche VI comme planche paternelle, 8,3% des femmes choisissent la planche maternelle I, 16,7% choisissent la planche maternelle VII et 8,3% la planche maternelle IX, pour figurer leur père²⁵. Le fait de choisir des planches symbolisant le sexe opposé du parent qu'elles souhaitent représenter, pourrait être un témoin de la difficulté d'identification sexuelle de ces femmes. Cela n'est observable chez aucun homme de notre échantillon. Précisons que tous présentent globalement la même sensibilité aux contenus latents des différentes planches²⁶, donc cette inversion des symboles sexuels ne peut s'expliquer par une mauvaise perception des contenus latents, de la part des femmes de notre échantillon.

Notons également que le temps de latence des hommes, face à la planche féminine VII est significativement plus long (au seuil $p < 0,05$) que celui des femmes de notre échantillon²⁷. Bien qu'ils parviennent à donner plus de représentation de soi masculines que féminines, la symbolique féminine de la planche semble les mettre en difficulté et venir ébranler leur lutte contre leur problématique d'identification sexuelle. Le contraire n'est pas observable : le temps de latence des femmes n'est pas plus important que celui des hommes face aux planches masculines. Cette difficulté des hommes est confirmée par le fait que la sensibilité aux contenus latents est bonne dans les deux sous-groupes pour une large majorité des planches mais pour les deux sous-groupes, ce sont les deux planches à la symbolique maternelle (planches VII et IX) qui semblent susciter les plus grandes difficultés

²⁴ Voir le tableau 132, dans les Annexes, p 684.

²⁵ Voir le tableau 133, dans les Annexes, p 684.

²⁶ Voir les tableaux 117, 118 et 119, dans les Annexes, p 678.

²⁷ Voir les tableaux 154 et 138, dans les Annexes, p 695 et 686.

d'élaboration²⁸.

Intéressons-nous maintenant à la symbolisation du masculin-phallique, féminin-maternel et de l'agressivité.

Précisons d'abord que femmes et hommes de notre échantillon présentent, sans différences significatives (au seuil $p < 0,05$)²⁹, de bonnes capacités de symbolisation puisque les symbolisations de niveau B, des différentes pulsions, sont significativement supérieurs aux symbolisations de niveau C, D ou E, selon la liste établie par Cassiers, (au seuil $p < 0,05$)³⁰. Cette capacité est caractéristique des structures névrotiques.

Tableau 5 : Résultats du test U de Mann-Whitney sur la fréquence d'apparition des symbolisations des différentes pulsions au test de Rorschach.

	Somme Rangs Groupe des femmes	Somme Rangs Groupe des hommes	U	Z	Valeur p
Masculin-phallique	101,5000	108,5000	46,50000	-0,226779	0,820596
Féminin-maternel	91,5000	118,5000	36,50000	-0,982708	0,325752
Agressivité	104,0000	106,0000	49,00000	-0,037796	0,969850

Le tableau 5 indique qu'aucune différence significative n'apparaît entre les femmes et les hommes de notre échantillon (au seuil $p < 0,05$) : femmes et hommes hystériques symbolisent autant de fois le masculin-phallique, autant de fois le féminin-maternel et autant de fois l'agressivité. Les femmes ne symbolisent donc pas plus le féminin-maternel, auquel elles pourraient s'identifier, que les hommes et les hommes ne symbolisent pas davantage le masculin-phallique, auquel ils pourraient s'identifier, que les femmes de notre échantillon. Cette absence de différence significative entre ces deux groupes peut de nouveau interroger sur une problématique d'identification sexuelle.

Les résultats du test t pour groupes appariés (tableau 6 ci-dessous) indiquent que le masculin-phallique est significativement plus symbolisé que le féminin-maternel et l'agressivité et que l'agressivité est significativement plus symbolisée que le féminin-maternel (au seuil $p < 0,05$). Les caractéristiques de l'hystérie féminine énoncées par Chabert (1987), à

²⁸ Voir les tableaux 117, 118 et 119, dans les Annexes, p 678.

²⁹ Voir le tableau 156, dans les Annexes, p 696, et les tableaux 142 et 143, p 688-689

³⁰ Voir le tableau 167, dans les Annexes, p 704.

Analyse comparative quantitative.

savoir l'attractivité du phallique, au détriment du féminin-maternel, est donc constatable aussi bien chez les femmes que chez les hommes de notre échantillon. Ces résultats suggèrent également que la symbolisation du féminin-maternel au test de Rorschach demeure l'entreprise la plus malaisée pour les sujets des deux sous-groupes.

Tableau 6 : Résultats du Test t pour des échantillons appariés sur la fréquence d'apparition des symbolisations des différentes pulsions au test de Rorschach.

	Moyenne	Ec-Type	t	dl	p
Masculin-phallique	11,65000	6,458572			
Féminin-maternel	4,60000	2,722228	5,40313	19	0,000033
Masculin-phallique	11,65000	6,458572			
Agressivité	7,25000	3,711646	3,64147	19	0,001737
Féminin-maternel	4,60000	2,722228			
Agressivité	7,25000	3,711646	-2,93138	19	0,008566

Enfin, les moyennes obtenues à l'échelle 5-Mf Masculin-Féminin du MMPI-2, par les femmes d'une part, par les hommes d'autre part, de notre échantillon, se trouvent dans les normes de l'échantillonnage (5-Mf : \bar{x} femmes = 59,50 ; \bar{x} hommes = 51,40)³¹ et aucune différence significative (au seuil $p < 0,05$)³² entre ces deux groupes n'est perceptible. Chacun accepterait donc le rôle traditionnel lié à son genre. Ce résultat est toutefois à interpréter avec prudence car cette échelle a été créée dans un premier temps pour repérer l'homosexualité, qui était vue au moment de la création du test comme une perversion. De plus, cette échelle est aisément falsifiable car les items qui la constituent sont évidents, leur signification est facile à comprendre. Il est donc aisé de répondre à ces items selon ce que nous pensons être les attentes de la société envers les femmes et les hommes. Enfin, l'éducation reçue peut venir influencer les résultats obtenus à cette échelle. Effectivement, une personne ayant reçu une éducation traditionnelle, ayant appris les rôles conventionnels des femmes et des hommes, répondra aux items du MMPI-2 dans ce même sens.

Obtenir des résultats à cette échelle dans les normes de l'échantillonnage peut également dans certains cas, traduire un besoin de répondre aux attentes par rapport à son genre et peut témoigner d'une manière défensive de répondre à une éventuelle problématique d'identification sexuelle, mais ne pouvant tirer de généralité, nous n'exploiterons pas cette donnée.

³¹ Voir le tableau 145, dans les Annexes, p 690.

³² Voir le tableau 160, dans les Annexes, p 699.

Globalement, les différents résultats obtenus au test de Rorschach permettent de confirmer notre première hypothèse : **les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, présentent une difficulté d'identification sexuelle.** Cette difficulté semble toutefois plus prégnante chez les femmes hystériques, ces dernières donnant majoritairement des représentations de soi masculines, contrairement aux hommes, donnant également des représentations masculines en plus grand nombre. Chez les femmes, la difficulté d'identification sexuelle s'exprimerait notamment par une inversion des symbolisations sexuelles, perceptible lors de l'enquête sur les planches pouvant représenter leur mère ou leur père, confirmée par le fait qu'elles ne s'identifient pas particulièrement aux planches féminines, ainsi que par une attraction du phallique.

2. *Mise à l'épreuve de l'hypothèse 2, portant sur le type d'angoisse.*

Tableau 7 : Résultats du Test t pour des échantillons appariés sur la fréquence d'apparition des angoisses au test de Rorschach.

	Moyenne	Ec-Type	t	dl	p
Angoisse de castration	4,750000	1,371707			
Angoisse de perte d'objet	0,400000	0,820783	12,9996	19	0,000000
Angoisse de castration	4,750000	1,371707			
Angoisse de morcellement	0,050000	0,223607	15,6667	19	0,000000
Angoisse de perte d'objet	0,400000	0,820783			
Angoisse de morcellement	0,050000	0,223607	1,7887	19	0,089626

Ce tableau 7 indique que l'angoisse de castration apparaît significativement plus que les angoisses de perte d'objet et de morcellement dans les protocoles du test de Rorschach de notre échantillon (au seuil $p < 0,05$) et cette angoisse de castration est largement dominante chez tous les sujets³³. Cela nous confirme donc que l'angoisse de castration est l'angoisse au centre du tableau clinique de la structure de personnalité hystérique.

Cela est confirmé par le fait que la planche IV, planche réactivant massivement l'angoisse de castration, est plus rejetée, lors de l'enquête, que les neuf autres planches, par

³³ Voir les tableaux 123, 124 et 125, dans les Annexes, p 680.

Analyse comparative quantitative.

les vingt participants de notre échantillon³⁴. Les planches réactivant l'angoisse de morcellement ou de perte d'objet ne sont pas significativement moins appréciées que les autres planches, ne mettent pas les participant plus en difficulté que les autres planches.

Tableau 8 : Résultats du test U de Mann-Whitney sur la fréquence d'apparition des angoisses au test de Rorschach.

	Somme Rangs Groupe des femmes	Somme Rangs Groupe des hommes	U	Z	Valeur p
Angoisse de castration	119,00	91,00	36,00	1,020504	0,307490
Angoisse de perte d'objet	112,00	98,00	43,00	0,491354	0,623177
Angoisse de morcellement	110,00	100,00	45,00	0,340168	0,733730
IA%	130,50	79,50	24,50	1,889822	0,058783

Ce tableau 8 indique qu'il n'y a aucune différence significative (au seuil $p < 0,05$) dans la fréquence d'apparition de l'angoisse de castration, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes hystériques de notre échantillon. Il en est de même pour l'angoisse de perte d'objet, ainsi que pour l'angoisse de morcellement. Cela confirme donc que l'angoisse de castration est autant présente chez les femmes hystériques, que chez les hommes hystériques.

De plus, il ne demeure aucune différence significative (au seuil $p < 0,05$) entre l'indice d'angoisse IA% obtenu par les femmes et par les hommes de notre échantillon. Du reste, aucun de ces derniers ne présente significativement plus de chocs ou équivalent-chocs, ou encore de refus³⁵ (au seuil $p < 0,05$). Précisons toutefois que l'IA% moyen des femmes est de 18 ($\sigma = 9,50$), avec six femmes sur dix présentant un IA% égal ou supérieur à 13, donc 60% dépassant le seuil normatif, tandis que l'IA% moyen des hommes est de 10 ($\sigma = 7,57$) et seulement trois hommes de notre échantillon présentent un IA% supérieur aux normes de l'échantillonnage.

Lorsque nous nous intéressons à la fréquence d'apparition des contenus au test de Rorschach³⁶, il s'avère que les hommes hystériques de notre échantillon donnent significativement plus que les femmes hystériques (au seuil $p < 0,05$) de réponses animales A

³⁴ Voir le tableau 136, p 685.

³⁵ Voir le tableau 151, dans les Annexes, p 693.

³⁶ Voir les tableaux 159 et 141, dans les Annexes, p 698 et 687.

et géographiques Géo et que les femmes hystériques donnent significativement plus que les hommes hystériques (au seuil $p < 0,05$) de réponses abstraites Abstr, objet Obj et Sang. Le fait que les femmes de notre échantillon donnent significativement plus de réponses Sang que les hommes, peut nous faire nous interroger sur la plus grande difficulté à lutter contre l'angoisse de castration de ces dernières, ce qui les pousserait alors à donner des contenus à valence agressive crus. Par contre, aucun des deux groupes ne donnent plus de réponses Hd ou Ad, c'est-à-dire de représentations de soi parcellaires, réponses pouvant refléter l'angoisse de castration si des représentations de soi entières et unitaires peuvent être perçues d'autre part.

Cette angoisse de castration pourrait également se retrouver dans le recours aux déterminants incluant Clob, mais là encore, il n'existe aucune différence significative entre les femmes et les hommes hystériques de notre échantillon (au seuil $p < 0,05$)³⁷.

Enfin, concernant les critères d'appréhension³⁸, il n'existe aucune différence significative entre les femmes et les hommes hystériques de notre échantillon (au seuil $p < 0,05$) : aucun des deux n'a plus besoin de découper les planches, notamment compactes, pour lutter contre l'angoisse de castration, aucun des deux n'a plus recours aux critères d'appréhension D ou Dd. Ajoutons que les totaux de chaque mode d'appréhension sont proches des normes en vigueur.

Intéressons-nous maintenant à ce que les planches prises indépendamment provoquent chez nos différents sujets (tableau 9 ci-dessous).

Les différentes planches réactivent l'angoisse de castration à la même fréquence chez les femmes et les hommes de notre échantillon, hormis la dernière planche qui laisse émerger significativement plus d'angoisse de castration chez les femmes que chez les hommes (au seuil $p < 0,05$). Sept femmes, contre seulement un homme, de notre échantillon, se voient envahies par l'angoisse de castration à cette planche du morcellement, de la régression³⁹. Pourquoi ce résultat ? La régression suscitée laisserait-elle émerger l'angoisse de castration infantile ? L'éclatement serait-il inconsciemment associé à la castration ? Notons que la planche IV est la seule planche laissant émerger de l'angoisse de castration chez 100% de nos

³⁷ Voir les tableaux 158 et 140 dans les Annexes, p 697 et 687.

³⁸ Voir les tableaux 157 et 139, dans les Annexes, p 696 et 686.

³⁹ Voir les tableaux 123 et 124, dans les Annexes, p 680.

participants⁴⁰, ce qui n'a rien d'étonnant puisque son contenu latent est celui qui est le plus indicateur de la réactivation de cette angoisse pour la plupart des spécialistes du test de Rorschach (Rausch de Traubenberg, 1970 ; Chabert, 1983 ; Richelle & al 2009 ; Roman, 2009).

Tableau 9 : Résultats du test U de Mann-Whitney sur la fréquence d'apparition de l'angoisse de castration aux planches du test de Rorschach.

	Somme Rangs Groupe des femmes	Somme Rangs Groupe des hommes	U	Z	Valeur p
Planche I	90,00	120,00	35,00	-1,09610	0,273037
Planche II	125,00	85,00	30,00	1,47406	0,140466
Planche III	105,00	105,00	50,00	-0,03780	0,969850
Planche IV	105,00	105,00	50,00	-0,03780	0,969850
Planche V	105,00	105,00	50,00	-0,03780	0,969850
Planche VI	115,00	95,00	40,00	0,71813	0,472676
Planche VII	105,00	105,00	50,00	-0,03780	0,969850
Planche VIII	95,00	115,00	40,00	-0,71813	0,472676
Planche IX	105,00	105,00	50,00	0,03780	0,969850
Planche X	135,00	75,00	20,00	2,22999	0,025749

Lors de l'enquête sur les choix des planches, les femmes rejettent plus que les hommes, les planches I, II, VIII et IX, tandis que les hommes rejettent plus que les femmes, les planches V et VI⁴¹. Les planches II et VI sont des planches réactivant l'angoisse de castration, tout comme la planche IV, qu'aucun sujet de l'échantillon ne choisit comme faisant partie de ses planches préférées⁴². Cela témoigne de l'intensité de l'angoisse de castration réactivée par cette planche IV, aussi bien chez femmes que chez les hommes de l'échantillon.

Enfin, le nombre de réponses⁴³ et le temps total⁴⁴, aux planches phalliques réactivant l'angoisse de castration, ne sont significativement pas différents (au seuil $p < 0,05$) entre les femmes et les hommes de notre échantillon. En revanche, bien que plus d'un quart des hommes parvient à symboliser cette planche comme planche paternelle, contre 0% de femmes, les hommes semblent être davantage en difficulté que les femmes, face à la

⁴⁰ Voir les tableaux 123 et 124, dans les Annexes, p 680.

⁴¹ Voir le tableau 136, dans les Annexes, p 685.

⁴² Voir le tableau 135, dans les Annexes, p 684.

⁴³ Voir le tableau 153, dans les Annexes, p 694.

⁴⁴ Voir le tableau 155, dans les Annexes, p 695.

planche IV, car leur temps de latence pour donner une ou des réponses est significativement plus long (au seuil $p < 0,05$)⁴⁵.

Ajoutons que, comme nous le verrons lorsque nous mettrons à l'épreuve l'hypothèse portant sur les mécanismes de défense, les défenses hystéro-phobiques, et plus particulièrement celles du versant phobique, font partie des mécanismes de défense les plus utilisés par les femmes et les hommes de notre échantillon. Le recours à ces procédés peut témoigner d'une orientation phobique des protocoles de nos participants, ce qui est caractéristique des structures de personnalité hystéro-phobiques, et ainsi révéler une lutte contre l'angoisse de castration.

Comme dit précédemment, aucun des éléments apportés par le MMPI-2 ne permet de confirmer ou infirmer cette hypothèse portant sur l'angoisse de castration, c'est pour cette raison que seuls les éléments apportés par le test de Rorschach ont été traités. Ces derniers nous permettent de confirmer cette deuxième hypothèse et de dire que **chez les femmes hystériques, comme chez les hommes hystériques, l'angoisse de castration est au cœur du tableau clinique.** Il semblerait que cette angoisse s'exprime de manière similaire chez les femmes et les hommes de notre échantillon, aucune différence majeure ne demeurant entre les deux sous-groupes.

3. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 3, portant sur le conflit sous-jacent.

Lors des recueils anamnestiques, nous avons vu que le conflit œdipien tenait une place centrale dans les histoires de vie de la majorité des sujets. Rappelons également que les histogrammes des statuts maritaux et situations familiales mettent en évidence l'absence de différence entre les femmes et les hommes de notre échantillon, entre ces deux paramètres en lien avec la vie génitale.

Concernant le MMPI-2, certains items concernent l'amour porté envers les parents, mais ces items ne sont pas subtils et donc facilement falsifiables et aucune échelle ne permet

⁴⁵ Voir le tableau 154, dans les Annexes, p 695.

Analyse comparative quantitative.

de mettre à l'épreuve la résolution ou non du conflit œdipien. De plus, il faut tenir compte des biais associés aux scores des échelles de validité du MMPI-2 pour un certain nombre de nos sujets. Ce test ne sera alors pas exploité pour l'analyse comparative quantitative. Relevons juste que femmes et hommes de notre échantillon obtiennent une moyenne de leurs scores T supérieure aux normes de l'échantillonnage, à l'échelle supplémentaire MDS, évaluant la détresse conjugale (MDS : \bar{x} femmes = 68,60 ; \bar{x} hommes = 66,22 / aucune différence significative entre ces deux moyennes (au seuil $p < 0,05$)⁴⁶). De plus, les participants obtiennent des scores significativement plus élevés à cette échelle supplémentaire MDS qu'aux autres échelles supplémentaires (hormis aux échelles PK et PS, révélant une détresse émotionnelle, avec lesquelles aucune différence significative ne demeure) (au seuil $p < 0,05$)⁴⁷. Cela signifie que ces deux groupes ont fait part de conflits conjugaux, d'une vie amoureuse difficile. Comme nous avons pu le voir précédemment, les conflits amoureux peuvent être une des conséquences de la non-résolution du conflit œdipien.

Intéressons-nous maintenant au test de Rorschach, notamment aux données de l'enquête sur les choix de planches au test de Rorschach.

Tableau 10 : Résultats du test U de Mann-Whitney sur les choix faits à l'enquête des limites au test de Rorschach.

	Somme Rangs Groupe des femmes	Somme Rangs Groupe des hommes	U	Z	Valeur p
Planche pour s'auto-représenter = planche choisie pour représenter parents du sexe opposé	100,00	110,00	45,00	-0,34017	0,733730
Planche pour s'auto-représenter = Planche symbolisant le sexe opposé	90,00	120,00	35,00	-1,09610	0,273037
Planche choisie pour représenter parent du même sexe = choix -	110,00	100,00	45,00	0,34017	0,733730
Planche choisie pour représenter parent du sexe opposé = choix +	105,00	105,00	50,00	-0,03780	0,969850
Planche symbolisant le même sexe = choix -	95,00	115,00	40,00	-0,71813	0,472676
Planche symbolisant le sexe opposé = choix +	75,00	135,00	20,00	-2,22999	0,025749

Ce tableau 10, ci-dessus, indique les hommes hystériques de notre échantillon,

⁴⁶ Voir les tableaux 148 et 163, dans les Annexes, p 692 et 701.

⁴⁷ Voir le tableau 178, dans les Annexes, p 718.

préfèrent significativement plus que les femmes hystériques les planches du Rorschach symbolisant le parent du sexe opposé (au seuil $p < 0,05$). Les hommes préfèrent par exemple significativement plus les planches maternelles VII et IX, que les femmes n'apprécient les planches paternelles IV et VI. Soyons toutefois prudents avec ce résultat car les planches IV et VI sont des planches qui réactivent fortement l'angoisse de castration, ce qui peut expliquer que les femmes ne les choisissent pas comme faisant partie de leurs planches préférées.

En revanche, ni les femmes, ni les hommes hystériques, ne rejettent davantage les planches symbolisant le parent du même sexe, selon les contenus latents, ou choisies par eux-mêmes comme telles et aucun ne s'identifie plus aux planches symbolisant le parent du sexe opposé ou désignées comme telles par eux-mêmes.

Comme dit précédemment, le temps de latence des hommes, face aux planches féminines/maternelles I et VII est significativement plus long (au seuil $p < 0,05$) que celui des femmes de notre échantillon, contrairement aux autres planches⁴⁸. Ces chocs face à ces deux planches maternelles-féminines ne vont pas dans le sens de la non-résolution du conflit œdipien mais cela peut s'expliquer par le problème d'identification sexuelle comme vu auparavant, ainsi que par la peur de la castration dont ils se protègent. En effet, le conflit œdipien entraîne une peur fantasmatisée de représailles du parent du même sexe, entraînant une peur de la castration pour les hommes.

Comme vu, la sensibilité aux contenus latents est bonne dans les deux sous-groupes pour une large majorité des planches mais pour les deux sous-groupes, ce sont les deux planches à la symbolique maternelle (planches VII et IX) qui semblent susciter les plus grandes difficultés d'élaboration⁴⁹. Le fait que les femmes de notre échantillon soient majoritairement peu sensibles au contenu latent des planches maternelles, peut témoigner d'une éventuelle non-résolution du conflit œdipien, car pouvant s'apparenter au rejet d'une planche du parent du même sexe.

De plus, l'attractivité du phallique au détriment du féminin, évoquée antérieurement, chez les femmes, et leurs identifications à des représentations masculines, ne pourraient-elles pas être l'expression de la non-résolution du conflit œdipien, chez les femmes hystériques ? En effet, en plus, de refléter une difficulté d'identification sexuelle, nous pouvons nous demander si cela ne renverrait pas également à une identification à la figure paternelle,

⁴⁸ Voir le tableau 154 et 138 dans les Annexes, p 695 et 686.

⁴⁹ Voir les tableaux 117, 118 et 119, dans les Annexes, p 678.

Analyse comparative quantitative.

renvoyant alors au conflit œdipien encore latent.

Enfin, comme nous le verrons lorsque nous testerons l'hypothèse sur la relation d'objet, parmi les interactions de niveau œdipien-génital perçues par les femmes et les hommes hystériques de notre échantillon, les kinesthésies de type Interaction positive et Opposition-compétition apparaissent en plus grand nombre que les interactions agressives sexuelles, érotisées ou encore négatives (au seuil $p < 0,05$). Le recours plus important à des interactions de type opposition-compétition peut, dans certains cas, être le témoin d'une rivalité œdipienne, d'une conflictualité œdipienne.

Les différents résultats permettent de confirmer notre hypothèse : **chez les femmes hystériques, comme chez les hommes hystériques, le conflit œdipien ne serait pas résolu.** Le conflit œdipien est prégnant dans nombreuses des anamnèses de nos participants. Les conflits amoureux relatés, observables également à travers les scores obtenus à l'échelle MDS du MMPI-2, peuvent être le résultat de la non-résolution du conflit œdipien. Enfin, lors de la phase d'enquête des protocoles du test de Rorschach de nos participants, ainsi qu'à travers les relations d'objet projetées, le conflit œdipien peut de nouveau être constaté.

4. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 4, portant sur la relation d'objet.

Le test t pour groupes appariés portant sur les scores des différentes échelles cliniques du MMPI-2⁵⁰ montre que les femmes et les hommes de notre échantillon obtiennent un score T à l'échelle clinique d'introversion sociale 0-Si significativement inférieur aux scores T des autres échelles cliniques 1-Hs d'hypocondrie, 2-D de dépression, 3-Hy d'hystérie, 4-Pd de déviance psychopathique, 6-Pa de paranoïa, 7-Pt de psychasthénie et 8-Sc de schizophrénie (au seuil $p < 0,05$). De faibles scores T à cette échelle sont les signes de sociabilité, extraversion, renvoient à un besoin d'être entouré. Précisons toutefois que les moyennes des femmes et des hommes se trouvent dans les normes de l'échantillonnage (0-Si : \bar{x} femmes = 55,20 ; \bar{x} hommes = 52,80 / aucune différence significative entre ces deux moyennes (au seuil $p < 0,05$)⁵¹), mais si nous nous intéressons aux sous-échelles Harris-

⁵⁰ Voir le tableau 169, dans les Annexes, p 705.

⁵¹ Voir les tableaux 145 et 160, dans les Annexes, p 690 et 699.

Lingoes, les femmes et les hommes obtiennent des scores T inférieurs aux normes ou dans la norme basse de l'échantillonnage, aux sous-échelles Si1 : timidité et gêne et Si2 : évitement social (Si1 : \bar{x} femmes = 49,40 ; \bar{x} hommes = 49,80 / Si2 : \bar{x} femmes = 49,70 ; \bar{x} hommes = 51,40 / aucune différence significative entre ces deux moyennes mais des scores significativement inférieurs aux scores obtenus à la sous-échelle Si3 : aliénation soi/autrui (au seuil $p < 0,05$)⁵²). Un score bas à la sous-échelle Si1 permet de décrire une personne comme extravertie, sociable et amicale, tandis qu'un score bas à la sous-échelle Si2 désigne une personne aimant être entourée et créer de nouveaux contacts. Cela indique donc que nos participants hystériques sont en quête d'attention, en quête d'interactions sociales.

Tableau 11 : Résultats du test U de Mann-Whitney sur les sous-échelles de Harris-Lingoes du MMPI-2.

	Somme Rangs Groupe des femmes	Somme Rangs Groupe des hommes	U	Z	Valeur p
Hy1	103,00	107,00	48,00	-0,11339	0,909722
Hy2	70,00	140,00	15,00	-2,60795	0,009109
Hy3	112,50	97,50	42,50	0,52915	0,596702
Hy4	125,00	85,00	30,00	1,47406	0,140466
Hy5	75,00	135,00	20,00	-2,22999	0,025749

Le tableau 11 indique que les hommes hystériques obtiennent des scores significativement supérieurs (au seuil $p < 0,05$) à ceux des femmes hystériques, aux sous-échelles Hy2 et Hy5, contrairement aux trois autres sous-échelles où aucune différence significative ne transparaît. Rappelons que la sous-échelle Hy2 évalue le « Besoin d'affection » et que l'échelle Hy5 évalue l'« Inhibition de l'agressivité ». Cela signifie que les hommes hystériques exprimeraient plus de besoins d'affection et redouteraient davantage leur non-satisfaction que les femmes hystériques. Ces hommes feraient également plus preuve d'attitudes hypersensibles dans les relations, seraient plus dans le déni de la colère, de l'hostilité et de leurs sentiments négatifs à l'égard d'autrui, que les femmes hystériques.

En revanche, précisons qu'à ces deux sous-échelles, les femmes et les hommes hystériques n'obtiennent pas de scores supérieurs à ceux de l'échantillonnage (Hy2 : \bar{x} femmes = 25,80 ; \bar{x} hommes = 45,00 et Hy5 : \bar{x} femmes = 47,20 ;

⁵² Voir les tableaux 146, 162 et 176, dans les Annexes, p 691, 700 et 712.

Analyse comparative quantitative.

\bar{x} hommes = 54,60)⁵³ et notons que parmi les 31 sous-échelles Harris-Lingoes⁵⁴, des différences significatives entre les femmes et les hommes de l'échantillon sont observables uniquement à ces deux sous-échelles Hy2 et Hy5 (au seuil $p < 0,05$), qui nous apparaissent donc comme les plus discriminantes.

L'inhibition de l'agressivité est retrouvée dans le fait que les femmes et les hommes de notre étude obtiennent des scores significativement plus bas à l'échelle de contenu ANG, qu'aux autres échelles de contenu (hormis les échelles SOD d'introversion sociale et TPA de type A avec lesquelles aucune différence significative ne demeure) (au seuil $p < 0,05$). L'échelle de contenu ANG est l'échelle évaluant les sentiments de colère, l'impulsivité. Le fait que les scores obtenus à cette échelle soient significativement inférieurs peut témoigner de l'évitement des conflits, du refus de se montrer en colère, afin de ne pas perdre amour et attention.

Ajoutons que femmes et hommes de notre échantillon obtiennent des moyennes de leurs scores T supérieures aux normes de l'échantillonnage, aux sous-échelles Pd4 et Sc1 (Pd4 : \bar{x} femmes = 66,40 ; \bar{x} hommes = 65,60 / Sc1 : \bar{x} femmes = 70,90 ; \bar{x} hommes = 66,10 / aucune différence significative entre ces deux moyennes (au seuil $p < 0,05$)⁵⁵). Ces scores indiquent respectivement un sentiment d'isolement, d'incompréhension, d'injustice et un sentiment de solitude et de manque d'affection et pourraient être considérés comme des révélateurs de la souffrance associée à la période d'instabilité, de décompensation que traversent tous les sujets de nos deux sous-groupes. Cela est confirmé par le test t pour groupes appariés portant sur les sous-échelles de Harris-Lingoes de l'échelle 4-Pd de déviance psychopathique puisqu'il indique que les femmes et hommes obtiennent des scores significativement plus élevés aux sous-échelles Pd1 : conflits familiaux, Pd4 : aliénation sociale et Pd5 : self aliénation qu'à Pd2 : problème avec l'autorité et Pd3 : imperturbabilité sociale (au seuil $p < 0,05$)⁵⁶. En revanche, il n'y pas de différences significatives entre les scores obtenus aux sous-échelles Pd1, Pd4 et Pd5 (au seuil $p < 0,05$) et précisons que seulement les scores moyens obtenus à la sous-échelle Pd4 sont supérieurs aux normes de l'échantillonnage⁵⁷. Cela révèle des sentiments d'incompréhension, de manque d'affection de la famille et d'autrui, d'un sentiment d'inconfort. Le test t pour groupes appariés pourtant sur

⁵³ Voir le tableau 146, dans les Annexes, p 691.

⁵⁴ Voir le tableau 162, dans les Annexes, p 700.

⁵⁵ Voir les tableaux 146 et 162, dans les Annexes, p 691 et 700.

⁵⁶ Voir le tableau 172, dans les Annexes, p 710.

⁵⁷ Voir le tableau 146, dans les Annexes, p 691.

les sous-échelles de Harris-Lingoes de l'échelle 6-Pa de paranoïa confirme cela en indiquant que les femmes et les hommes obtiennent des scores significativement plus élevés à la sous-échelle de Harris-Lingoes Pa1 : idées de persécution qu'à Pa2 : sensibilité et Pa3 : naïveté (au seuil $p < 0,05$) et des scores significativement plus élevés à la sous-échelle de Harris-Lingoes Pa2 qu'à Pa3 (au seuil $p < 0,05$)⁵⁸. Le score moyen obtenu à la sous-échelle Pa1 par nos participants est d'ailleurs supérieurs aux normes de l'échantillonnage⁵⁹.

Concernant les échelles de validité, un score en dehors des normes de l'échantillonnage aux échelles L : Lie et/ou K : Correction scale, peut révéler le besoin de se montrer sous un jour favorable pour plaire à autrui, une tentative d'attirer l'attention ou bien encore la tendance à l'exagération observable chez les personnes hystériques. Seulement les hommes de notre échantillonnage obtiennent une moyenne des scores T de l'échelle de validité L, supérieure aux normes de l'échantillonnage (L : \bar{x} femmes = 64,9 ; \bar{x} hommes = 68,3) mais précisons que cette différence entre femmes et hommes n'est pas significative (au seuil $p < 0,05$) et que femmes et hommes obtiennent une moyenne des scores T de l'échelle de validité K dans les normes de l'échantillonnage⁶⁰.

Comme nous le verrons lorsque nous nous intéresserons aux défenses de nos sujets, les femmes et hommes de notre échantillon obtiennent de nombreux scores aux différentes échelles du MMPI-2, supérieurs aux normes de l'échantillonnage. En plus de témoigner d'un recours à la dramatisation, cela peut avoir pour but d'attirer l'attention d'autrui en mettant en avant diverses plaintes.

Cela se retrouve dans les résultats du test t pour groupes appariés portant sur les sous-échelles de Harris-Lingoes de l'échelle clinique 3-Hy d'hystérie⁶¹. Les femmes et les hommes obtiennent des scores significativement plus élevés aux sous-échelles de Harris-Lingoes Hy3 : lassitude-malaise et Hy4 : plaintes somatiques qu'aux sous-échelles Hy1 : déni d'anxiété sociale, Hy2 : besoin d'affection et Hy5 : inhibition de l'agressivité (au seuil $p < 0,05$), et les scores obtenus aux sous-échelles Hy3 et Hy4 sont supérieurs aux normes de l'échantillonnage⁶². De plus, les sujets de notre recherche obtiennent des scores significativement plus élevés à l'échelle de contenu HEA (health) qu'aux autres échelles de

⁵⁸ Voir le tableau 173, dans les Annexes, p 710.

⁵⁹ Voir le tableau 146, dans les Annexes, p 691.

⁶⁰ Voir le tableau 144, dans les Annexes, p 690 et le tableau 14, p 385.

⁶¹ Voir le tableau 171, dans les Annexes, p 709.

⁶² Voir le tableau 146, dans les Annexes, p 691.

Analyse comparative quantitative.

contenu, hormis l'échelle DEP (dépression) (au seuil $p < 0,05$)⁶³. Ces résultats témoignent d'importantes plaintes somatiques, celles-ci pouvant avoir pour objectif d'attirer l'attention d'autrui.

Intéressons-nous maintenant aux données recueillies à l'aide du test de Rorschach.

Tableau 12 : Résultats du Test t pour des échantillons appariés sur la fréquence d'apparition des relations d'objet au test de Rorschach.

	Moyenne	Ec-Type	N	t	dl	p
Niveau œdipien-génital	2,900000	2,511028				
Niveau limite narcissique	3,750000	2,692582	20	-1,23314	19	0,232563

Il est important de préciser, dans un premier temps, qu'aucune relation d'objet de niveau psychotique n'apparaît dans les protocoles des vingt participants.

En revanche, comme l'indique le tableau 12 ci-dessus, il n'existe pas de différences significatives entre le recours à des relations d'objet de niveau œdipien-génital et des relations d'objet de niveau limite-narcissique, chez les participants de notre échantillon (au seuil $p < 0,05$). Les indicateurs utilisés pour rendre compte de la nature de la relation d'objet ne montrent donc pas une dominance de la relation d'objet de niveau œdipien-génital, contrairement à ce que notre modèle théorique bergerétien nous permettait de poser au départ. Bien que ce niveau soit très présent (caractérisant 43,6% des kinesthésies fantasmées)⁶⁴, il est supplanté par des réponses témoignant d'un niveau d'investissement narcissique dominant (56,35% des kinesthésies dont 42,9% de kinesthésies de reflet posture). Ceci peut notamment s'expliquer par l'importance des mouvements de repli narcissique des sujets des deux groupes et le fait que les sujets qui les composent traversent une période de décompensation consécutive à des situations de rupture objectale. En effet, la période de crise existentielle traversée par tous les sujets lors du bilan psychologique permet de comprendre que les mouvements régressifs vers des positions de repli narcissique infiltrent plus la production projective au niveau des réponses kinesthésiques, que la capacité à maintenir un investissement objectal génital œdipien. L'augmentation des mouvements pulsionnels régressifs chez ces sujets en période de crise apparaît également dans le fait que, malgré une somme des grandes kinesthésies K et des petites kinesthésies k se situant dans les normes de la population tout venant, établies à Nancy (de Tychev et al., 2012), il y a davantage de petites

⁶³ Voir le tableau 177, dans les Annexes, p 713.

⁶⁴ Voir les tableaux 129, 130 et 131, dans les Annexes, p 682-683.

kinesthésies que de grandes kinesthésies.

Tableau 13 : Résultats du test U de Mann-Whitney sur la fréquence d'apparition des relations d'objet au test de Rorschach.

	Somme Rangs Groupe des femmes	Somme Rangs Groupe des hommes	U	Z	Valeur p
<u>Niveau œdipien-génital :</u>	108,50	101,50	46,50	0,22678	0,820596
Agressive sexuelle	110,00	100,00	45,00	0,34017	0,733730
Interaction érotisée	95,00	115,00	40,00	-0,71813	0,472676
Interaction négative	100,00	110,00	45,00	-0,34017	0,733730
Interaction positive	111,50	98,50	43,50	0,45356	0,650148
Opposition-compétition	103,50	106,50	48,50	-0,07559	0,939743
Va et vient entre désir et interdit	115,00	95,00	40,00	0,71813	0,472676
<u>Niveau limite narcissique :</u>	102,00	108,00	47,00	-0,18898	0,850107
Anaclitique	113,00	97,00	42,00	0,56695	0,570751
Dépendance (orale)	89,50	120,50	34,50	-1,13389	0,256840
Emprise	110,00	100,00	45,00	0,34017	0,733730
Reflète posture	101,00	109,00	46,00	-0,26458	0,791337

Le tableau ci-dessus (tableau 13) indique que les femmes et les hommes hystériques de notre échantillon perçoivent à la même fréquence chaque type de relation d'objet (au seuil $p < 0,05$). Ainsi, aucun des femmes ou des hommes ne donnent plus de réponses témoignant d'une relation d'objet de niveau œdipien-génital que les autres.

Parmi les relations d'objet de niveau œdipien-génital, les femmes et les hommes hystériques de notre échantillon perçoivent significativement plus de kinesthésies de type Interaction positive et Opposition-compétition, que d'interactions agressives sexuelles, érotisées ou encore négatives (au seuil $p < 0,05$)⁶⁵. Parmi les relations d'objet de niveau limite-narcissique, elles et ils perçoivent significativement plus de kinesthésies de posture, que d'interactions de dépendance, anaclitiques et d'emprise et perçoivent également significativement plus d'interactions de type anaclitiques que de relations de type emprise (au seuil $p < 0,05$)⁶⁶.

⁶⁵ Voir le tableau 166, dans les Annexes, p 703.

⁶⁶ Voir le tableau 165, dans les Annexes, p 702.

Analyse comparative quantitative.

Pour conclure, plusieurs résultats obtenus au MMPI-2 et au test de Rorschach permettent de confirmer partiellement cette hypothèse : **les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, seraient dans une relation d'objet génitale, dans une érotisation des relations, seraient en perpétuelle quête d'affection**, que partiellement car si la quête d'affection apparaît, l'érotisation des relations n'est pas confirmée.

Les scores obtenus à différentes échelles du MMPI-2 témoignent d'un sentiment d'isolement, d'incompréhension, d'injustice, d'un sentiment de solitude et de manque d'affection, chez les participants de notre échantillon. Cela peut s'apparenter à l'éternelle insatisfaction des hystériques, au sentiment de ne jamais être suffisamment aimé(e) et à une quête d'attention. Cette quête d'attention est observable, comme nous le verrons ci-dessous, dans le recours à la dramatisation, à l'exagération, sûrement dans le but de recevoir plus d'intérêt d'autrui.

Il s'avère que les hommes hystériques exprimeraient significativement plus de besoins d'affection et redouteraient davantage leur non-satisfaction que les femmes hystériques (au seuil $p < 0,05$). Ces hommes feraient également significativement plus preuve d'attitudes hypersensibles dans les relations, seraient plus dans le déni de la colère, de l'hostilité et de leurs sentiments négatifs à l'égard d'autrui, que les femmes hystériques (au seuil $p < 0,05$). De plus, seulement les hommes obtiennent une moyenne supérieure aux normes, à l'échelle de validité L, ce qui témoigne d'un besoin de plaire, de se montrer sous un jour favorable.

Les données du test de Rorschach permettent, quant à elles, de conclure que les femmes hystériques et les hommes de notre échantillon perçoivent des interactions de niveau œdipien-génital et de type limite-narcissique, sans différence significative entre ces deux types de relations d'objet, ce qui est contradictoire avec notre modèle théorique car nous nous attendions à constater une plus grande proportion de relations d'objet de niveau œdipien-génital. Cela témoigne alors d'un important repli narcissique, certainement lié à la souffrance actuelle de nos sujets, les ayant poussés à demander une psychothérapie. Parmi les interactions de niveau œdipien-génital, les participants donnent davantage de réponses témoignant d'interactions positives et d'opposition-compétition, que d'interactions agressives sexuelles, érotisées ou encore négatives (au seuil $p < 0,05$).

Enfin, l'attractivité du phallique au détriment du féminin, chez les femmes, cette attraction pour le sexe opposé, ne pourrait-elle pas être mise en lien avec le recours à l'érotisation ?

5. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 5, portant sur les mécanismes de défense.

Commençons à nous intéresser aux résultats obtenus au MMPI-2.

Il ne demeure aucune différence significative (au seuil $p < 0,05$) entre les résultats obtenus par les femmes et les hommes hystériques de notre échantillon, aux différentes échelles cliniques⁶⁷, aux différentes sous-échelles de Harris-Lingoes⁶⁸ (hormis aux sous-échelles Hy2 et Hy5, comme dit précédemment), aux échelles de contenu⁶⁹, ainsi qu'aux échelles supplémentaires⁷⁰. Mais notons que par rapport à l'hypothèse de fonctionnement névrotique, nous nous attendions à des scores moyens supérieurs aux normes aux échelles cliniques 3-Hy d'hystérie et 7-Pt de psychasthénie, or femmes et hommes hystériques, comparé à l'échantillonnage⁷¹ :

- ont des préoccupations somatiques plus importantes (1-Hs : \bar{x} femmes = 73,80 ; \bar{x} hommes = 70,00 / D3 : \bar{x} femmes = 67,40 ; \bar{x} hommes = 72,60 / Hy3 : \bar{x} femmes = 74,60 ; \bar{x} hommes = 71,70 / Hy4 : \bar{x} femmes = 77,40 ; \bar{x} hommes = 69,50 / HEA : \bar{x} femmes = 74,90 ; \bar{x} hommes = 69,40). Les femmes et les hommes obtiennent d'ailleurs des scores significativement plus élevés à l'échelle clinique d'hypocondrie 1-Hs qu'aux échelles cliniques 3-Hy d'hystérie, 5-Mf masculin-féminin, 6-Pa de paranoïa, 9-Ma d'hypomanie et 0-Si d'introversion sociale (au seuil $p < 0,05$)⁷².

Ils obtiennent également des scores particulièrement élevés à la sous-échelle Sc6 (Sc6 : \bar{x} femmes = 75,80 ; \bar{x} hommes = 75,10), ce qui révèlent des expériences sensorielles étranges. Notons qu'il y a peu de différences significatives entre les scores obtenus par les femmes et les hommes hystériques, aux différentes sous-échelles de Harris-Lingoes de l'échelle 8-Sc de schizophrénie hormis des scores significativement plus élevés à la sous-échelle Sc6, qu'aux sous-échelles Sc3 : manque de contrôle de moi (cognitif), Sc4 : manque de contrôle de moi (conatif) et Sc5 : manque d'inhibition (au seuil $p < 0,05$)⁷³. Ces expériences sensorielles étranges pourraient aisément s'expliquer par la tendance à la somatisation et les différentes plaintes somatiques de la plupart des sujets de notre échantillon.

⁶⁷ Voir le tableau 160, dans les Annexes, p 699.

⁶⁸ Voir le tableau 162, dans les Annexes, p 700.

⁶⁹ Voir le tableau 161, dans les Annexes, p 699.

⁷⁰ Voir le tableau 163, dans les Annexes, p 701.

⁷¹ Voir les tableaux 145, 146, 147 et 148, dans les Annexes, p 690-692.

⁷² Voir le tableau 169, dans les Annexes, p 705-707.

⁷³ Voir le tableau 174, dans les Annexes, p 711.

Enfin, comme dit précédemment, les participants à notre recherche obtiennent des scores significativement plus élevés à l'échelle de contenu HEA (health) qu'aux autres échelles de contenu, hormis l'échelle DEP (dépression) (au seuil $p < 0,05$)⁷⁴ et ils obtiennent des scores significativement plus élevés à l'échelle de contenu d'anxiété ANX qu'aux échelles de contenu FRS de peurs, OBS d'obsessionnalité, ANG de colère, ASP de conduites antisociales, TPA de type A, SOD d'inconfort social et WRK d'interférences avec le travail (au seuil $p < 0,05$)⁷⁵, ce qui témoigne de nouveau de la tendance de nos sujets à rapporter des ressentis d'anxiété et des problèmes somatiques.

- présentent plus une symptomatologie dépressive (2-D : \bar{x} femmes = 67,30 ; \bar{x} hommes = 69,70 / D1 : \bar{x} femmes = 71,10 ; \bar{x} hommes = 67,40 / Sc2 : \bar{x} femmes = 71,70 ; \bar{x} hommes = 69,80 / Sc4 : \bar{x} femmes = 69,10 ; \bar{x} hommes = 66,6). Précisons que les femmes et les hommes obtiennent des scores significativement plus élevés à la sous-échelle de Harris-Lingoes D1 qu'aux sous-échelles D2 et D4 (au seuil $p < 0,05$) et obtiennent des scores significativement moins élevés à la sous-échelle de Harris-Lingoes D2, comparé aux autres sous-échelles de l'échelle 2-D (au seuil $p < 0,05$)⁷⁶. Effectivement, les sujets de notre recherche obtiennent un score moyen supérieur aux normes de l'échantillonnage à la sous-échelle D1, ce qui révèle une dépression subjective et obtiennent un score moyen dans les normes de l'échantillonnage à la sous-échelle D2. Ils obtiennent également un score supérieur aux normes de l'échantillonnage à la sous-échelle D3, révélant de nouveau des problèmes somatiques et les femmes de notre échantillon obtiennent des scores moyens supérieurs aux normes de l'échantillonnage aux sous-échelles D4 et D5, révélant respectivement un sentiment d'ennui, du pessimisme et des pensées intrusives, un sentiment d'infériorité. Ajoutons également que les femmes et les hommes obtiennent des scores significativement plus élevés à l'échelle de contenu DEP (dépression) qu'aux échelles de contenu FRS (peur), OBS (obsessionnalité), ANG (colère), CYN (cynisme), ASP (comportements antisociaux), TPA (type A), SOD (inconfort social), FAM (problèmes familiaux), WRK (impact sur le travail) (au seuil $p < 0,05$)⁷⁷.

- ont davantage de réactions dites hystériques face à des situations de stress (3-Hy : \bar{x} femmes = 66,00 ; \bar{x} hommes = 68,30). Du reste, les femmes et les hommes de notre échantillon obtiennent des scores significativement plus élevés à l'échelle clinique 3-Hy d'hystérie qu'aux échelles cliniques 5-Mf Masculin-féminin, 9-Ma d'hypomanie et 0-Si

⁷⁴ Voir le tableau 177, dans les Annexes, p 713-718.

⁷⁵ Voir le tableau 177, dans les Annexes, p 713-718.

⁷⁶ Voir le tableau 170, dans les Annexes, p 708.

⁷⁷ Voir le tableau 177, dans les Annexes, p 713-718.

d'introversion sociale (au seuil $p < 0,05$)⁷⁸.

- adoptent plus de comportements antisociaux (4-Pd : \bar{x} femmes = 67,20 ; \bar{x} hommes = 68,80), sont plus impulsifs, contrôlent plus difficilement leurs émotions (Sc5 : \bar{x} femmes = 66,70 ; \bar{x} hommes = 68,00).

- ont plus de préoccupations existentielles, philosophiques et se sentent plus isolés, plus incompris (8-Sc : \bar{x} femmes = 72,20 ; \bar{x} hommes = 70,10 / Pd4 : \bar{x} femmes = 66,40 ; \bar{x} hommes = 65,60 / Pa1 : \bar{x} femmes = 74,40 ; \bar{x} hommes = 75,60 / Sc1 : \bar{x} femmes = 70,90 ; \bar{x} hommes = 66,10).

Ces nombreuses échelles présentant des scores T supérieurs aux normes de l'échantillonnage peuvent témoigner d'une tendance à l'exagération, d'un recours à la dramatisation, de la part des participants de notre recherche.

Tableau 14 : Résultats du test U de Mann-Whitney sur les échelles de validité du MMPI-2.

	Somme Rangs Groupe des femmes	Somme Rangs Groupe des hommes	U	Z	Valeur p
F	111,00	99,00	44,00	0,41576	0,677585
Fb	103,00	107,00	48,00	-0,11339	0,909722
L	98,00	112,00	43,00	-0,49135	0,623177
K	79,50	130,50	24,50	-1,88982	0,058783

Ce tableau 14 précise qu'aucun des deux groupes n'a plus recours à l'exagération ou encore à la dramatisation : aucune différence significative (au seuil $p < 0,05$) n'est constatable entre les résultats obtenus aux échelles de validité du MMPI-2 des femmes hystériques et des hommes hystériques. Notons toutefois que les femmes et les hommes obtiennent des scores significativement plus élevés aux échelles de validité F, Fb et L qu'à l'échelle de validité K (au seuil $p < 0,05$)⁷⁹ et que le score moyen obtenu par les femmes à cette échelle K est inférieur aux normes de l'échantillonnage⁸⁰, ce qui pointe vers une attitude d'exagération des troubles.

Intéressons-nous maintenant aux mécanismes de défenses utilisés par l'ensemble de

⁷⁸ Voir le tableau 169, dans les Annexes, p 705-707.

⁷⁹ Voir le tableau 168, dans les Annexes, p 705.

⁸⁰ Voir le tableau 144, dans les Annexes, p 690.

Analyse comparative quantitative.

nos participants, au test de Rorschach⁸¹.

Tableau 15 : Résultats du Test t pour des échantillons appariés sur la fréquence d'utilisation des mécanismes de défense au test de Rorschach.

	Moyenne	Ec-Type	N	t	dl	p
Défenses hystéro-phobiques	26,35	6,823142				
Défenses à versant obsessionnel	8,90	3,226535	20	10,1329	19	0,000000
Défenses hystéro-phobiques	26,35	6,823142				
Défenses narcissiques	2,65	2,254236	20	14,0961	19	0,000000
Défenses hystéro-phobiques	26,35	6,823142				
Défenses archaïques primaires	5,70	2,939746	20	12,3842	19	0,000000
Défenses à versant obsessionnel	8,90	3,226535				
Défenses narcissiques	2,65	2,254236	20	7,8037	19	0,000000
Défenses à versant obsessionnel	8,90	3,226535				
Défenses archaïques primaires	5,70	2,939746	20	3,6184	19	0,001830
Défenses narcissiques	2,65	2,254236				
Défenses archaïques primaires	5,70	2,939746	20	-5,9770	19	0,000009
<i>Défenses hystéro-phobiques sur le versant phobique</i>	15,55	6,977219				
<i>Défenses hystéro-phobiques sur le versant hystérique</i>	10,80	3,088178	20	2,54113	19	0,019930

Le test t pour groupes appariés portant sur les mécanismes de défense (tableau 15) permet de dire que les défenses hystéro-phobiques sont significativement plus utilisées que les autres mécanismes de défense, par les femmes et les hommes de notre échantillon (au seuil $p < 0,05$). Parmi les défenses hystéro-phobiques, les femmes et les hommes de notre échantillon recourent significativement plus aux défenses hystéro-phobiques du versant phobique (comme l'inhibition, la défense contra-phobique, la projection dans le réel du danger pulsionnel et le recours à la réalité), qu'aux défenses du versant hystérique (comme la régression, le refoulement, la dramatisation et la mise en avant théâtralisées des affects) (au seuil $p < 0,05$). Ce même test révèle que les défenses obsessionnelles (comme l'annulation rétroactive, l'intellectualisation, l'isolation et le recours à l'imaginaire) sont significativement plus utilisées que les défenses archaïques et narcissiques, par les femmes et les hommes de notre échantillon (au seuil $p < 0,05$). Enfin, les défenses archaïques primaires (comme la projection et le recours à l'agir) sont significativement plus utilisées que les défenses narcissiques (telles que l'idéalisation, la dévalorisation et l'identification projective) (au seuil $p < 0,05$).

Le test U effectué sur l'ensemble des mécanismes de défense⁸² indique que les femmes

⁸¹ Voir les tableaux 126, 127 et 128, dans les Annexes, p 681-682.

et les hommes hystériques de notre échantillon ont recours, à la même fréquence, à chaque mécanisme de défense (au seuil $p < 0,05$), c'est-à-dire que femmes et hommes utilisent, par exemple, les défenses hystéro-phobiques, dans une même proportion.

Enfin, le refoulement, mécanisme de défense central de la structure hystérique et pouvant se manifester par une banalité correctement perçue, intéressons-nous au test U portant sur la fréquence d'apparition des banalités. Ce test atteste qu'il ne demeure aucune différence significative entre les femmes et les hommes de notre échantillon, (au seuil $p < 0,05$)⁸³. Ainsi, les deux sous-groupes donnent autant de banalités. Le refoulement et l'inhibition, pouvant également s'exprimer par une baisse de la productivité, relevons qu'aucune différence significative entre les femmes et les hommes de notre échantillon (au seuil $p < 0,05$), n'apparaît dans le nombre de réponses données aux planches du test de Rorschach⁸⁴.

Globalement, les différents résultats obtenus au test de Rorschach permettent de confirmer cette dernière hypothèse : **les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, privilégieraient le recours à des défenses secondarisées hystéro-phobiques, notamment le refoulement, la théâtralisation, dramatisation, la régression, et des procédés marqués par l'inhibition et auraient possiblement recours à des défenses secondarisées obsessionnelles plutôt qu'à des défenses narcissiques et archaïques renvoyant davantage aux processus primaires.**

Le MMPI-2 permet d'indiquer que femmes hystériques, comme hommes hystériques, ont recours à la théâtralisation, à la dramatisation. Ceci apparaît notamment à travers le grand nombre de moyennes de score T, aux différentes échelles, supérieures aux normes de l'échantillonnage.

Le test de Rorschach révèle une utilisation massive des défenses hystéro-phobiques, principalement sur le versant phobique, comme mécanismes de défense, aussi bien chez les femmes que chez les hommes de notre échantillon. Les défenses hystéro-phobiques sont largement mobilisés, dans les deux groupes, en association avec les autres défenses secondarisées que sont les défenses à versant obsessionnel tandis que les défenses primitives plus archaïques sont beaucoup plus rarement utilisées.

⁸² Voir le tableau 152, dans les Annexes, p 694.

⁸³ Voir le tableau 150, dans les Annexes, p 693.

⁸⁴ Voir les tableaux 153 et 137, dans les Annexes, p 694 et 685.

Tableau 16 : Récapitulatif des ressemblances et différences entre les femmes et les hommes de notre échantillon.

	<i>Ressemblances Femmes/Hommes</i>	<i>Différences Femmes/Hommes</i>
<i>Anamnèse</i>	<p>Chacun consulte un thérapeute, traverse une période de souffrance.</p> <p>Conflit œdipien non résolu prégnant.</p> <p>Absence de différence par rapport à leurs statuts maritaux et leurs situations familiales.</p> <p>Globalement, bonnes capacités de verbalisation, coopérants à la recherche.</p>	<p>La moitié des femmes présentent une structure de personnalité hystérique se caractérisant par la somatisation, contre seulement un homme.</p>
<i>Test de Rorschach</i>	<p>Même degré de sensibilité au contenu latent de planches.</p> <p>Représentations de soi majoritairement entières et unitaires → absence de l'atteinte de l'unité corporelle et solidité des assises narcissiques malgré la période de souffrance traversée par chacun.</p> <p>Difficulté d'identification sexuelle.</p> <p>Angoisse de castration massive.</p> <p>Symbolisation du féminin-maternel la plus difficile.</p> <p>Recours massif à des défenses secondarisées hystéro-phobiques.</p> <p>Repli narcissique.</p>	<p>Les hommes donnent significativement plus de réponses A et Géo et les femmes, plus de réponses Abstr, Obj et Sang.</p> <p>Difficulté d'identification sexuelle plus prégnante chez les femmes : inversion des symbolisations sexuelles chez les femmes et les hommes donnent plus de représentations de soi de leur genre que les femmes.</p> <p>Les hommes de notre échantillon, préfèrent significativement plus que les femmes, les planches symbolisant le parent du sexe opposé</p>
<i>MMPI-2</i>	<p>Seul un nombre très restreint de dimensions font apparaître des différences significatives.</p> <p>Plaintes → quête d'attention, d'interactions sociales</p> <p>Nombreuses échelles présentant des scores T supérieurs aux normes de l'échantillonnage → tendance à l'exagération, recours à la dramatisation.</p>	<p>Les hommes expriment plus de besoins d'affection et redoutent davantage leur non-satisfaction que les femmes de notre échantillon. Ces hommes font également plus preuve d'attitudes hypersensibles dans les relations, sont plus dans le déni de la colère, de l'hostilité et de leurs sentiments négatifs à l'égard d'autrui et obtiennent une moyenne supérieure aux normes, à l'échelle de validité L, ce qui témoigne d'un besoin de plaire, de se montrer sous un jour favorable.</p>

II – Analyse comparative qualitative.

Après avoir comparé les deux groupes constitués respectivement de dix femmes et dix hommes, présentant une structure de personnalité hystérique, cette partie va être consacrée à une approche comparative qualitative. Pour ce, les études de cas de Béatrice et Emmanuel vont être comparées. Le choix s'est porté sur ces deux sujets car ils répondent pleinement aux critères de la structure de personnalité hystérique. De plus, ayant été reçus de nombreuses fois en entretien, car vus dans un cadre également thérapeutique, leur anamnèse est plus riche.

1. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 1, portant sur la représentation de soi.

Comme ce que suggère cette première hypothèse, une difficulté d'identification sexuelle est observable, aussi bien chez Béatrice, que chez Emmanuel, et ce dès le recueil des éléments anamnestiques où tous les deux évoquent comme un conflit dans les identifications sexuelles. Béatrice, par exemple, explique se sentir « *mi-femme, mi-homme* », semble rejeter les rôles des femmes et des hommes, que nous pourrions qualifier de traditionnels. Elle qualifie également son mari comme « *mi-femme, mi-homme* » et ajoute que ses filles et sa mère sont comme elle, des « *garçons manqués* ». Ainsi, nous voyons que la conflictualité sexuelle se propage à toute sa famille et il semblerait donc que Béatrice ait des difficultés à faire la distinction femme – homme. Emmanuel n'est pas en reste, notamment lorsqu'il se remémore des relations homosexuelles où il trouvait plaisant « *d'avoir le rôle de la femme* » ou encore lorsqu'il évoque « *son côté féminin et masculin* » et qu'il se plaît à raconter qu'il fait plusieurs tâches, qu'il qualifie comme traditionnellement féminines. Nous apercevons donc que la difficulté d'identification sexuelle se manifeste à travers des choix d'orientation sexuelle contrastés, aussi bien chez Béatrice que chez Emmanuel.

Le test de Rorschach confirme également cette hypothèse. Chez Béatrice, la difficulté d'identification sexuelle s'exprime au travers de représentations de soi uniquement masculines, ainsi qu'à travers son identification à la planche III, planche à laquelle elle n'est

Analyse comparative qualitative.

pas parvenue à attribuer un genre aux personnages perçus dans un premier temps, puis à laquelle, elle donne finalement une représentation masculine. Enfin, le fait qu'elle attribue une planche féminine pour représenter son père interroge également sur sa capacité, ou son incapacité, à attribuer une identité sexuelle à l'autre sexe. Quant à Emmanuel, la difficulté d'identification sexuelle s'exprime par la symbolisation de la bisexualité à une réponse, la perception d'« *hippocampe* » à deux reprises ou encore par la représentation de soi féminine donnée à la troisième planche, où les personnes identifient généralement des personnes du même sexe qu'elles à cette planche. Relevons qu'Emmanuel semble parvenir à lutter efficacement contre cette difficulté d'identification sexuelle car il donne, d'autre part, des représentations de soi masculines à six reprises. Chez ces deux sujets, une attractivité pour le masculin-phallique est plus importante que pour le féminin-maternel, notamment chez Emmanuel, ce qui pourrait traduire de nouveau un besoin de lutter contre la difficulté d'identification sexuelle.

Ainsi, bien que la difficulté d'identification sexuelle soit présente chez ces deux participants, elle semble plus prégnante chez Béatrice qui ne parvient à donner une représentation de soi féminine. Béatrice symbolise également le masculin-phallique à sept reprises et le féminin-maternel, qu'à quatre reprises. De plus, une inversion de la symbolisation est remarquable lors de l'enquête sur les choix de planches.

Le MMPI-2, quant à lui, ne permet pas de confirmer cette hypothèse, mais au contraire l'infirmes, puisque les réponses apportées par nos sujets ne témoignent d'aucune difficulté d'identification sexuelle. Ils répondent ne jamais avoir désiré être de l'autre sexe et obtiennent des scores T à l'échelle clinique Masculin-féminin 5-Mf dans les normes de l'échantillonnage (Béatrice : 5-Mf = 52 ; Emmanuel : 5-Mf = 54). Précisons que le MMPI-2 ne permet pas de tester cette hypothèse efficacement, faisant appel au conscient, contrairement au test de Rorschach ou à la libre association des entretiens cliniques. Ainsi, le résultat obtenu par le MMPI-2 n'est pas surprenant, la difficulté d'identification sexuelle des hystériques étant davantage inconsciente.

Globalement, ces deux études de cas permettent de confirmer la première hypothèse, à travers les anamnèses et protocoles du test de Rorschach, et donc de conclure que les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, présentent une difficulté d'identification sexuelle. Lors du recueil des éléments anamnétiques, la difficulté d'identification sexuelle se manifeste de manière transparente, aussi bien chez Béatrice que chez Emmanuel. En

revanche, comme nous avons vu lors de l'approche comparative quantitative, il semblerait, qu'au test de Rorschach, la difficulté d'identification sexuelle soit plus prégnante chez Béatrice qui ne parvient à donner aucune représentation de soi féminine, alors qu'Emmanuel donne une majorité de représentation de soi masculine. De plus, Béatrice symbolise le masculin-phallique à sept reprises et le féminin-maternel, qu'à quatre reprises et une inversion de la symbolisation est remarquable lors de l'enquête sur les choix de planches. Enfin, le MMPI-2 ne permet pas de confirmer cette hypothèse, aucune difficulté d'identification sexuelle n'apparaît dans les protocoles de Béatrice et Emmanuel. Cela peut s'expliquer soit par les limites du test, soit par une lutte des deux sujets contre cette difficulté. Comme nous avons vu, Emmanuel semble lutter efficacement contre cela au test de Rorschach, l'interrogation quant à son identité sexuée ne paraissant subtilement qu'à trois reprises, n'en serait-il pas de même au MMPI-2 ?

2. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 2, portant sur le type d'angoisse.

Comme vu précédemment, l'angoisse de castration, contrairement à l'angoisse de perte d'objet ou de morcellement, est difficilement décelable dans le discours. Le recueil d'éléments anamnétiques ne permet donc pas de mettre à l'épreuve cette hypothèse, tout comme le MMPI-2 qui, faisant appel au conscient, n'interroge pas sur les angoisses inconscientes.

Inversement, le test de Rorschach permet de constater la présence, voire l'omniprésence, de l'angoisse de castration, dans les protocoles de Béatrice et Emmanuel. Pour Béatrice, cette angoisse est perceptible à six planches sur dix, à travers : la détérioration de la qualité formelle de la réponse à la planche II ; la symbolisation de la puissance phallique et les références phalliques aux planches III et IV ; l'interrogation de la présence ou de l'absence de « queue » à la planche IV ; l'omission du détail phallique et la remarque sur le fait qu'il manque « des bouts » à la planche VI ; le fait de vouloir enlever « les grosses oreilles » et de nouveau la symbolisation de la puissance phallique à la planche IX ; et à travers le « monstre » perçu et le recours à la projection dans le réel du danger pulsionnel à la planche X. L'angoisse de castration se retrouve à cinq planches, dans le protocole d'Emmanuel, à travers de nombreuses références phalliques ; des réponses Clob ; des temps de latence plus élevés aux planches symbolisant la puissance phallique ; le rejet de la

Analyse comparative qualitative.

planche IV à l'enquête sur les choix de planches et à travers le « *monstre* » perçu à la planche VIII.

Notre deuxième hypothèse est alors confirmée par le test de Rorschach et nous pouvons donc dire que chez les femmes hystériques, comme chez les hommes hystériques, l'angoisse de castration est au cœur du tableau clinique. Notons toutefois que chez Béatrice, l'angoisse de castration transparait de manière plus franche que chez Emmanuel ; elle se questionne ouvertement sur l'absence ou non d'attribut phallique. Par ailleurs, cela ne fait que conforter sa difficulté d'identification sexuelle. Emmanuel, quant à lui, semble se protéger de cette angoisse en ayant notamment recours à l'inhibition. L'angoisse de castration apparait dans la dimension phobique qu'Emmanuel donne à son protocole. Cela na pourrait-il pas s'expliquer par le fait que Béatrice présente une structure de personnalité hystérique se caractérisant par la conversion, tandis qu'Emmanuel présente une structure hystéro-phobique ? En effet, Béatrice est plus dans l'agir, interroge beaucoup son corps à travers ses différentes somatisations, ce qui ressort dans ses réponses lorsqu'elle veut compléter ou incompléter les corps des animaux perçus, tandis qu'Emmanuel, bien qu'étant parfois dans la plainte somatique, est plus dans l'inhibition, dans ses réponses.

3. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 3, portant sur le conflit sous-jacent.

La troisième hypothèse questionne sur le conflit œdipien. Lors des entretiens, Béatrice explique qu'elle recherchait un mari comme son père, ou encore que son père est le seul homme de sa vie. Elle s'identifie à ce dernier à plusieurs reprises et en dépeint un tableau positif, agréable. Ceci n'est pas le cas lorsqu'elle parle de sa mère, notamment lorsqu'elle évoque des carences précoces du maternage, qu'elle compense avec une érotisation de la figure paternelle. Elle évoque également une « *fusion* » avec l'un de ses fils. Plusieurs similitudes se retrouvent dans les propos d'Emmanuel. Il donne une description négative de son père, empreinte de colère, alors qu'il parle de sa mère avec tendresse et entretient une relation, proche de la fusion, avec ses filles, mais non avec ses fils, parfois perçus comme des rivaux. En plus de ces éléments, Emmanuel ajoute avoir toujours été en couple avec des personnes avec qui la différence d'âge était importante, fait un lapsus en disant « *ma femme* », au lieu de « *ma mère* » et se positionne fréquemment dans des relations triangulaires qui ne sont pas sans rappeler la situation œdipienne. Tous ces éléments confirment donc que le

conflit œdipien n'est résolu, ni chez Béatrice, ni chez Emmanuel et que cela a des répercussions sur leur vie, sur certaines de leurs conduites, comme par exemple sur leur rôle de parent.

Au test de Rorschach, Béatrice est sensible au contenu latent de toutes les planches, excepté à celui de la planche VII, planche du féminin-maternel. La première planche, pouvant également être considérée comme maternelle du fait qu'elle soit la première, fait partie des planches que Béatrice a le moins appréciées. Enfin, plusieurs « va et vient entre désir et interdit », à la méthode associative des planches III et VII, sont perceptibles. Ces éléments laissent alors paraître le conflit œdipien non résolu. Celui-ci se retrouve également dans les réponses d'Emmanuel, notamment à l'enquête sur les choix de planches où une conflictualité œdipienne désorganisée est décrite à la planche III et dans le fait que la planche IV, planche du masculin-phallique et planche qu'il a choisie pour représenter son père, fasse partie de celles qu'il a le moins appréciées. Comme Béatrice, Emmanuel rejette donc une planche symbolisant le parent du même sexe.

Les résultats du MMPI-2 contrastent avec ces résultats observés puisque le conflit œdipien ne transparait pas dans le protocole de Béatrice et que très peu dans les réponses d'Emmanuel, hormis lorsque celui-ci laisse l'item 90, concernant l'amour envers son père, sans réponse, dans un premier temps, alors qu'il parvient à répondre aimer sa mère, avec spontanéité. Cela peut s'expliquer par les mêmes raisons vues précédemment, à savoir le recours au conscient contre l'inconscient, selon l'outil utilisé.

Cette troisième hypothèse est donc confirmée par l'anamnèse et le test de Rorschach, mais de nouveau infirmée par le MMPI-2. Nous pouvons toutefois conclure que chez les femmes hystériques, comme chez les hommes hystériques, le conflit œdipien n'est pas résolu. Ceci s'exprime de manière similaire chez ces deux sujets : des répercussions sur leur vie amoureuse et parentale sont observables ; ils rejettent le parent du même sexe à travers l'enquête sur les choix des planches préférées et des planches les moins appréciées au test de Rorschach et en en donnant une description négative lors du recueil des éléments anamnestiques.

4. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 4, portant sur la relation d'objet.

La quatrième hypothèse porte sur les relations d'objet. Des similitudes peuvent se retrouver dans les anamnèses de Béatrice et Emmanuel. Une vie génitale dense se retrouve chez ses deux sujets : ils ont par exemple, respectivement six et cinq enfants. Emmanuel évoque également une vie amoureuse riche, avec de nombreuses partenaires. Une quête d'attention, d'affection est également décelable chez chacun d'eux deux : ils évoquent explicitement un besoin d'être entourés. Enfin, tous deux adoptent un comportement séducteur : Béatrice explique par exemple préférer les hommes aux femmes ou bien encore, cherche à se montrer sous un jour favorable, tandis qu'Emmanuel est charmeur, complimente ses interlocuteurs. De plus, tous les deux, de manière théâtrale, ont recours aux plaintes somatiques pour attirer l'attention sur eux.

Au test de Rorschach, Béatrice perçoit sept kinesthésies dont seulement trois renvoient à des relations d'objet de niveau œdipien-génital, de type interaction positive et opposition-compétition, les autres kinesthésies étant des kinesthésies de posture de niveau limite-narcissique. Emmanuel, quant à lui, perçoit douze kinesthésies dont seulement trois de niveau œdipien-génital : deux de l'ordre de l'interaction positive et une de l'ordre de l'opposition-compétition œdipienne, les autres kinesthésies étant également des kinesthésies de posture de niveau limite-narcissique. La majorité des kinesthésies perçues par ces deux sujets est donc de niveau limite-narcissique et non œdipien-génital, ce qui témoigne d'un repli narcissique en cette période existentielle difficile, pour chacun, les ayant poussés à demander un suivi psychologique.

Au MMPI-2, plusieurs résultats obtenus sur différentes échelles, par Béatrice et Emmanuel, confirment leur besoin d'attirer l'attention, de plaire, de se montrer sous un jour favorable. Les scores de Béatrice témoignent également d'un sentiment d'incompréhension, et ceux d'Emmanuel, d'une érotisation des relations.

Cette quatrième hypothèse est donc confirmée par les anamnèses, ainsi que par les protocoles MMPI-2 : les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, sont dans une relation d'objet génitale, dans une érotisation des relations, sont en quête d'affection. Le test de Rorschach, quant à lui, ne confirme que partiellement cette hypothèse car la majorité des

relations d'objet perçues sont de niveau limite-narcissique. Comme vu antérieurement, cela peut s'expliquer par le repli narcissique actuel de ces deux sujets sur le plan existentiel.

5. Mise à l'épreuve de l'hypothèse 5, portant sur les mécanismes de défense.

La dernière hypothèse porte sur les mécanismes de défense utilisés par les hystériques. Lors du recueil des informations anamnestiques, Béatrice et Emmanuel semblent recourir, tous les deux, à la dramatisation, à la théâtralisation. Cela s'exprime notamment dans leur façon de relater leur vie, ainsi qu'à travers le recours à la somatisation. Béatrice présente par exemple, une dyspnée et aphonie se dissipant au fil des séances, et Emmanuel fait des crises d'hypoglycémie théâtralisées à répétition, ou encore, vient en fauteuil roulant.

Au test de Rorschach, Béatrice et Emmanuel utilisent principalement, comme mécanismes de défense, le recours à la réalité, le refoulement, la régression, le recours à l'imaginaire, la projection dans le réel du danger pulsionnel. Ils ont donc massivement recours à des défenses secondarisées hystéro-phobiques. Ils utilisent également régulièrement le recours à l'agir et Emmanuel a beaucoup recours à la dramatisation. Le recours à la réalité apparaît à travers les nombreux contenus neutres, formellement bien perçus, donnés par nos deux sujets. Le refoulement s'exprime à travers les cinq banalités correctement perçues par Béatrice et les six banalités bien perçues par Emmanuel. La régression apparaît, chez Béatrice, à travers la régression passive (planche VI), les références à l'enfance (planche III), à un dessin animé (planche IV), à un animal imaginaire (planche IX), au monde aquatique (planche X), ainsi qu'à travers une réponse Henf (planche IX). Chez Emmanuel, la régression se retrouve dans la réponse enfantine « *deux petits nounours* » à la planche II, dans les réponses à valence orale aux planches VIII, IX et X, ainsi que dans la réponse Aenf à la planche X. Le recours à l'imaginaire apparaît à travers les cinq grandes et deux petites kinesthésies données par Béatrice et la grande et onze petites kinesthésies perçues par Emmanuel. La projection dans le réel du danger pulsionnel apparaît à travers la perception de monstre ou autres animaux monstrueux, à quatre reprises (dont certaines entraînant des réponses ClobF), par Béatrice et Emmanuel. Enfin, le recours à l'agir est remarquable à travers des grimaces ou autres expressions, ainsi qu'à travers les nombreux retournements des planches, dans les deux protocoles.

Analyse comparative qualitative.

Enfin, le MMPI-2 permet seulement de relever une tendance à l'exagération de la part de Béatrice.

Nous pouvons alors confirmer cette dernière hypothèse et ainsi, dire que les femmes hystériques, comme les hommes hystériques, privilégieraient le recours à des défenses secondarisées hystéro-phobiques, notamment le refoulement, la théâtralisation, dramatisation, la régression, et des procédés marqués par l'inhibition et auraient possiblement recours à des défenses secondarisées obsessionnelles plutôt qu'à des défenses narcissiques et archaïques renvoyant davantage aux processus primaires.

L'HYSTERIE : Existe-t-il des différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques ? Étude à travers l'épreuve de Rorschach et le MMPI-2.

*Discussion -
Conclusion*

I - Retour sur les hypothèses.

Tout d'abord, précisons que cette recherche témoigne de l'impossibilité de poser un diagnostic d'hystérie sur la seule base du psychogramme, dont les indicateurs donnés par Schafer (1954), Anzieu (1965) et Timsit (1974) ne sont jamais tous convergents. Ces auteurs indiquaient que, dans les protocoles des structures hystériques :

- Il y a moins de réponses FC que de réponses CF et C, ce qui est le cas puisque les réponses FC représentent 3% et les réponses CF et C réunies représentent 12%, des réponses données par les femmes et les hommes de notre échantillon.
- Le nombre total de réponses R est proche de la moyenne, ce qui est également constaté dans notre échantillon puisque le R moyen des femmes est de 21 et celui des hommes de 25,9.
- Les réponses Dd et Dbl sont rares, comme dans notre échantillon où les femmes obtiennent un Dd% égal à 2,4 et les hommes à 4,9 et les femmes et les hommes obtiennent respectivement un Dbl% égal à 2,2 et 2,6.
- Il y a moins de deux réponses kinesthésiques. Cela n'est pas constatable dans notre échantillon car les femmes donnent en moyenne 2,7 grandes kinesthésies et les hommes 2,2.
- Le TRI est extratensif. Or seulement cinq femmes et six hommes présentent un TRI extratensif, cinq femmes et deux hommes présentant un TRI introversif et deux autres hommes présentant un TRI ambiéqual.
- Le F+% est compris entre 50 et 60. Cela n'est pas vérifié puisque les femmes obtiennent un F+% moyen de 63,1 et les hommes de 69,5.
- Le G% est bas. Cela n'est pas constaté car avec un G% de 34,3 et 33,6, les femmes et les hommes de notre échantillon sont dans les normes de la population tout-venant.
- Les réponses estompage EF ou E sont fréquentes. De nouveau, cela n'est pas vérifié car les femmes et les hommes donnent seulement 0,35% de réponses estompage.
- Les refus sont fréquents. Cela n'est pas confirmé car seulement quatre refus apparaissent dans l'ensemble des vingt protocoles.

Discussion : Retour sur les hypothèses.

Ainsi, nombreux critères ne sont pas validés. Cela ne pourrait-il pas s'expliquer par l'évolution des normes d'échantillonnage ? Ou bien par l'évolution de la structure hystérique ? Car comme vu précédemment, l'hystérie évolue, se travestit, au fil des époques. Une autre hypothèse pourrait encore être que le psychogramme ne permet pas de mettre en évidence des constantes du fonctionnement (contrairement à des indicateurs plus qualitatifs présentés dans l'analyse comparative des données), du fait des niveaux de régression et de modalités défensives qui, malgré quelques points communs, présentent de grandes variabilités inter-individuelles et inter sous-groupes.

Reprenons maintenant les hypothèses de travail que nous avons établies au début du travail de recherche.

Notre première hypothèse portait sur la présence d'une difficulté d'identification sexuelle, chez les personnalités hystériques. Notre recherche, notamment le recours au test de Rorschach, nous a permis de confirmer cette hypothèse et de conclure sur une difficulté d'identification sexuelle présente chez les hommes et les femmes de notre échantillon, mais plus prégnante chez ces dernières. En effet, les femmes de notre échantillon, comme les hommes, donnent majoritairement des représentations de soi masculines. Elles témoignent également d'une inversion des symbolisations sexuelles et d'une attraction du phallique. Cette difficulté d'identification sexuelle apparaît également dans certaines anamnèses de nos participants, à travers des identifications inconscientes à des personnes du sexe opposé, un besoin de se rassurer sur sa propre identité sexuelle en adoptant les stéréotypes liés à son genre ou encore via une bisexualité. Enfin, certains de nos participants ont, au MMPI-2, explicitement exprimé un désir parfois d'être de l'autre sexe.

Les éléments anamnestiques et ceux apportés par le MMPI-2 ne permettent pas de mettre à l'épreuve notre deuxième hypothèse portant sur le type d'angoisse. En revanche, les données recueillies à l'aide du test de Rorschach ont permis de confirmer cette deuxième hypothèse en révélant la présence massive de l'angoisse de castration, aussi bien dans les protocoles des femmes, que dans ceux des hommes de notre échantillon. Il semblerait que cette angoisse s'exprime de manière similaire chez les femmes et les hommes, aucune différence significative majeure ne demeurant entre les deux sous-groupes. Chacun a recours

à des défenses, telles que la projection dans le réel du danger pulsionnel et la défense contraphobique, chacun donne des contenus symbolisant la puissance phallique sur un mode agressif, ou encore chacun donne des réponses s'accompagnant du déterminant Clob.

Notre troisième hypothèse portait sur le conflit œdipien. Ce dernier apparaît dans la plupart des anamnèses de nos participants, à travers les conflits amoureux relatés, se manifestant également à travers les scores élevés obtenus à l'échelle MDS du MMPI-2, évaluant la détresse conjugale, ainsi qu'à travers la description de conflits avec le parent du même sexe et d'une meilleure entente avec le parent du sexe opposé ou encore dans la description d'une mésentente au sein de la fratrie, d'une rivalité œdipienne. Le test de Rorschach apporte également des indications permettant de confirmer cette hypothèse, notamment lorsque nous nous intéressons aux réponses émises à l'enquête des choix et aux relations d'objet projetées par nos participants. Les hommes de notre échantillon, préfèrent plus que les femmes, les planches du Rorschach symbolisant le parent du sexe opposé, mais les femmes sont majoritairement peu sensibles au contenu latent de la planche VII, ce qui peut s'apparenter au rejet de la figure maternelle. Enfin, l'attractivité du phallique au détriment du féminin, chez les femmes, et leurs identifications à des représentations masculines, pourraient également être l'expression de la non-résolution du conflit œdipien. Ainsi, nous avons pu conclure que chez les femmes hystériques, comme chez les hommes hystériques, en souffrance, le conflit œdipien ne serait pas résolu.

La quatrième hypothèse portant sur le mode de relation objectale n'a été validée que partiellement. Alors que la quête perpétuelle d'affection apparaît distinctement au MMPI-2 et tout particulièrement chez les hommes de notre échantillon, la relation d'objet génitale et l'érotisation se font plus discrètes. Effectivement, plusieurs résultats apportés par le MMPI-2 témoignent d'un sentiment d'isolement, d'incompréhension, d'injustice, d'un sentiment de solitude et de manque d'affection, chez les participants de notre échantillon, ce qui peut être assimilé à l'éternelle insatisfaction des hystériques, au sentiment de ne jamais être suffisamment aimé(e) et à une quête d'attention. Cette quête d'attention, le besoin de recevoir de l'intérêt d'autrui, s'exprime notamment à travers de nombreuses plaintes et dans le recours à la dramatisation, à l'exagération. Les résultats du MMPI-2 ont également mis à jour une différence entre les femmes et les hommes de notre échantillon : ces derniers exprimeraient significativement plus de besoins d'affection, redouteraient davantage leur non-satisfaction,

Discussion : Retour sur les hypothèses.

feraient plus preuve d'attitudes hypersensibles dans les relations, seraient plus dans le déni de la colère et de leurs sentiments négatifs à l'égard d'autrui, que les femmes. De plus, contrairement aux femmes, ils obtiennent un score moyen excessif à l'échelle de validité L, ce qui témoigne d'un besoin de plaire, de se montrer sous un jour favorable. En revanche, le test de Rorschach indique que les sujets de notre échantillon perçoivent autant d'interactions de niveau œdipien-génital, que de niveau limite-narcissique, ce qui semble aller à l'encontre de notre modèle théorique. Ce grand nombre de kinesthésies de niveau narcissique-limite présentes chez nos sujets présentant par ailleurs une organisation de personnalité névrotique hystérique, témoigne probablement de l'intensité des mouvements régressifs de repli narcissique chez ces personnes traversant une crise existentielle mettant à mal leurs assises narcissiques et les contraignant, au test de Rorschach, à exprimer des mouvements de désinvestissement objectal. Enfin, l'attractivité du phallique au détriment du féminin, chez les femmes, pourrait éventuellement être mise en lien avec le recours à l'érotisation.

Notre cinquième et dernière hypothèse portait sur les mécanismes de défenses utilisés dans les structures hystériques. Celle-ci a pu être confirmée car le MMPI-2 révèle un recours à la théâtralisation, à la dramatisation, au sein de notre échantillon, notamment via le grand nombre de moyennes de score T élevées aux différentes échelles : aux échelles de validité F et Fb ; aux échelles cliniques 1-Hs d'hypocondrie, 2-D de dépression, 3-Hy d'hystérie, 4-Pd de déviance psychopathique, 8-Sc de schizophrénie (les scores parfois élevés, voire incompréhensibles comme ceux obtenus à 4-Pd et 8-Sc, à d'autres échelles psychopathologiques que l'hystérie, posent la question soit de la validité des réponses de certains sujets au questionnaire, soit celle de la co-morbidité possible de certains sujets) ; aux sous-échelles Harris-Lingoes D2, D3, Hy3, Hy4, Pd4, Pa1, Sc1, Sc2, Sc4, Sc5, Sc6 ; ou encore aux échelles de contenu ANX d'anxiété, DEP de dépression et HEA de santé. Le test de Rorschach, quant à lui, a permis de mettre en évidence une utilisation massive des défenses hystéro-phobiques, principalement sur le versant phobique, mais aussi sur le versant hystérique. Ainsi, femmes et hommes de notre échantillon recourent massivement à l'inhibition, la défense contra-phobique, la projection dans le réel du danger pulsionnel, au recours à la réalité, à la régression, au refoulement, à la dramatisation et la mise en avant théâtralisée des affects. Des défenses secondarisées obsessionnelles se retrouvent également dans les protocoles de nos participants alors que les défenses narcissiques et archaïques sont significativement moins présentes.

Le recours important à la régression peut également venir confirmer la troisième hypothèse, ce mécanisme de défense pouvant aussi révéler la non-résolution du conflit œdipien.

Nous avons également pu constater que cinq femmes et un homme présentent une structure hystérique de conversion, tandis que cinq autres femmes et neuf hommes présentent une structure hystéro-phobique. Cette différence, en plus de confirmer la quête d'attention des femmes de notre échantillon, ne pourrait-elle pas être le témoin d'un plus grand recours à la théâtralisation de ces dernières ?

De plus, cette différence ne pourrait-elle pas renforcer notre premier résultat selon lequel la difficulté d'identification sexuelle serait plus prégnante chez les femmes ? Effectivement, cela serait le témoin d'un lien entre la somatisation, le recours au corps et la difficulté d'identification sexuelle. A notre époque, les grandes crises de conversion sont rares mais le corps est encore sollicité, ce qui peut révéler un mal-être corporel, pouvant être dû à cette difficulté d'identification sexuelle. Cela confirme également les propos de Lacan (1949), selon lesquels la difficulté pour les patientes hystériques est d'autant plus grande qu'il n'y a pas de symbolisation du sexe féminin, comme il y a une symbolisation du sexe masculin. Pour le sexe féminin, seulement une absence est symbolisée par l'imaginaire et ce manque de symbolisation mène à la revendication phallique, ce qui se retrouve dans les protocoles de nos sujets féminins, à travers l'attractivité du phallique au détriment du féminin.

Globalement, la mise à l'épreuve de nos cinq hypothèses de travail révèle peu de différences entre les deux sous-groupes de notre recherche et conduit à vérifier l'hypothèse générale : **Aucune différence majeure ne demeure entre les femmes hystériques et les hommes hystériques.**

Précisons qu'aucune hiérarchie ne demeure dans les hypothèses. Elles sont au contraire toutes liées entre-elles. En effet, le recours à la conversion, les nombreuses plaintes somatiques peuvent sans difficulté être associées à la question du corps, elle-même renvoyant à la difficulté d'identification sexuelle, ainsi qu'à l'angoisse de castration, ces deux derniers points découlant eux-mêmes de la non-résolution du conflit œdipien. Tout cela justifiant les défenses mises en place par nos sujets à la structure de personnalité hystérique.

II – Critiques et biais éventuels de la recherche.

Comme à toute recherche, il existe des biais pouvant notamment être liés à la constitution de l'échantillon ou encore à la méthodologie. Il est alors important de pouvoir les identifier afin de juger le mieux possible de la validité de la recherche et de la confiance pouvant être apportée dans les différents résultats obtenus.

1. Biais liés aux sujets, à l'échantillon.

Des biais peuvent être induits par la spécificité de l'objet de recherche, lui-même, des Sciences Humaines et Sociales, à savoir l'être humain. Chacun est unique. Ainsi, même en cherchant à constituer un échantillon de personnes présentant les mêmes caractéristiques, il demeurera toujours des différences entre tous et le groupe ne sera jamais complètement homogène. De plus, peut être attribué, à l'être humain, un grand nombre de variables et il devient alors impossible de contrôler tous les paramètres, de dissocier toutes les variables propres à chacun.

Il est également important de préciser que certains des sujets, comme Brigitte, Edwige, Frédérique ou encore Henri, Richard et Salvador, ont été vus uniquement dans le cadre de la recherche. Le fait de participer à une recherche peut entraîner des modifications dans les comportements. Se sentir potentiellement évalué(e) influence les projections, ce qui peut alors constituer un biais. Ces personnes peuvent également se montrer plus défensives, il se peut alors que des éléments importants de l'anamnèse manquent et que plus d'inhibition se retrouve lors des passations de tests.

Inversement, d'autres sujets, comme Alexandra, Béatrice, Clémentine, ou encore Bilal, Emmanuel et Laurent, étaient également des patients. La recherche a été proposée, alors que l'alliance thérapeutique était instaurée. Le recueil des éléments anamnestiques a été fait à partir des nombreux entretiens cliniques réalisés, donc d'entretiens non directifs, ce qui permet une anamnèse plus riche et moins de méfiance est perceptible lors de la passation des tests. Cela a donc pu constituer une source de biais par rapport aux standards habituels de la

recherche en psychopathologie clinique. Toutefois, précisons que cela répondait à une demande explicite du chef de service médecin et que les deux démarches ont bien été séparées, en investissant d'abord une position diagnostique, puis une position de thérapeute. Cette pratique est très répandue chez beaucoup de professionnels cliniciens qui ne font pas de recherches.

De plus, le fait que des sujets étaient patients et d'autres uniquement participants à la recherche peut constituer un biais et peut nous amener à nous interroger sur l'impact du transfert des patients hystériques dans leur prise en charge, sur l'impact du transfert des patients hystériques dans les protocoles du test de Rorschach et du MMPI-2.

De plus, chacun de ces sujets bénéficie de soins, d'un suivi, soit auprès d'infirmiers en psychiatrie, de psychologues ou de psychiatres. Ce sont donc des patients qui présentent une souffrance, au moment de la recherche, ayant généré la demande de suivi thérapeutique, ce qui peut supposer une décompensation de leur structure de personnalité ou bien un mode d'organisation de la personnalité en équilibre très instable. Ces sujets ne sont donc pas comparables sur tous les plans, aux personnes présentant un mode d'organisation hystérique stable compensé. Nous pouvons alors nous demander si les résultats de la recherche auraient été différents avec des sujets tout-venant présentant une structure de personnalité plus stable.

A ceci, s'ajoute également un biais lié au genre. En 2000, par exemple, Greene explique qu'au MMPI-2, les femmes ont moins de mal à révéler des symptômes ou comportements négatifs, comparé aux hommes. Mais cela peut-il vraiment être pris en compte dans le cadre de notre recherche, les hystériques présentant une difficulté d'identification sexuelle ? Un autre point pouvant être pris en considération est le besoin de se montrer sous un jour favorable, pouvant conduire au biais de plusieurs résultats au MMPI-2. Mais de nouveau, cela peut-il être pris en compte dans le cadre de notre recherche, ce besoin de se présenter sous son meilleur jour pouvant être une des caractéristiques des personnalités hystériques ? Même si cela peut invalider certains protocoles MMPI-2, les scores obtenus aux échelles de validité étant parfois supérieurs aux normes, les réponses aux différentes questions abordées d'un point de vue qualitatif, peuvent tout de même permettre d'obtenir des informations importantes pour cette recherche.

Un autre point peut être important à aborder : de nos jours, il n'est pas rare d'entendre parler de plusieurs types d'identités sexuelles : les identités sexuelles

Discussion : Critiques et biais éventuels de la recherche.

chromosomiques, anatomiques, hormonales, sociales ou encore psychologiques. Cette variété d'identités pourrait venir constituer un biais à notre recherche, bien que la plupart du temps, toutes ces identités coïncident entre-elles. D'autres encore, se battent pour qu'un troisième sexe soit reconnu. Précisons alors que pour notre recherche, l'identité sexuelle anatomique, donc de l'état civil, a été retenue et que la première hypothèse, portant sur la difficulté d'identification sexuelle, vient interroger l'identité sexuelle psychologique.

Enfin, notre échantillon est constitué d'un faible nombre de sujets. Cela ne permet donc pas de conclure sur une parfaite significativité des résultats. Les hypothèses demanderaient à être confirmées ou infirmées sur un échantillon plus large, au cours de recherches à venir. Le nombre très réduit de différences significatives peut d'ailleurs s'expliquer par nos effectifs très restreints, ayant induit la nécessité de recourir à des tests statistiques non paramétriques.

De plus, cet échantillon n'est pas représentatif de la population, dans le sens où il est constitué d'autant de femmes, que d'hommes, hystériques. Or dans la population, il y a plus de femmes hystériques que d'hommes hystériques.

Enfin, comme dit précédemment, il est impossible de contrôler toutes les variables liées à la singularité de chaque être humain, encore plus lorsque l'échantillon est petit. La taille de l'échantillon ne permet par exemple pas de contrôler le paramètre de l'âge, pouvant pourtant mener à certains biais. Il ne serait pas impossible que les sujets les plus âgés évoquent plus de douleurs physiques lors du MMPI-2, ce qui peut alors augmenter leurs scores obtenus à l'échelle clinique d'hystérie 3-Hy, mais aussi aux échelles d'hypocondrie, de santé, de dépression, ou toute autre échelle où sont évaluées les préoccupations somatiques.

2. Biais liés à la méthodologie.

Des biais méthodologiques peuvent également exister, pouvant concerner la technique de recueil de données, tout comme les tests utilisés.

Le recours à l'entretien semi-directif permet d'évaluer seulement les critères définis en amont, cela peut alors entraîner un biais de confirmation, de confirmation de la structure de personnalité par exemple, notamment pour les sujets reçus en entretien uniquement dans le cadre de la recherche.

Le test de Rorschach, quant à lui, peut être difficile pour certaines personnes car il nécessite d'avoir un espace imaginaire un minimum opérant pour pouvoir transformer les tâches d'encre en personnages, objets, ou encore en paysages... Il peut également réactiver certaines angoisses, rendant impossible la perception d'images ou la symbolisation. En revanche, faisant appel à l'inconscient, il est difficilement falsifiable, mais les personnes peuvent être dans la retenue, peuvent omettre de donner certaines de leurs perceptions, les considérant trop gênantes ou trop dérangeantes.

Concernant l'analyse des protocoles du test de Rorschach, Chabert (1983) indique que le clinicien doit se référer à des éléments objectifs, telles que les données quantitatives, les règles de cotation, mais doit également faire un travail associatif qui influence son évaluation, en la transformant en une interprétation dans laquelle la subjectivité intervient nécessairement. Il faut alors être prudent que cette subjectivité ne prenne pas le dessus sur l'objectivité et pousse aux biais de confirmation des hypothèses.

Concernant le MMPI-2, la longueur du test (567 items) peut entraîner, chez les participants, une perte d'attention, une lassitude, ou encore une tendance à répondre au hasard à certains items.

De plus, plusieurs questions sont ambiguës, notamment lorsqu'il y a la présence d'adverbes tels que « souvent », or chacun a sa propre perception des adverbes de temps. Certains items peuvent également être interprétés de différentes façons. Par exemple, l'item 237 : « Cela m'est égal de ne pas être mieux physiquement », peut être interprété soit comme il est égal, ou non, à la personne que son apparence physique ne soit pas mieux ou bien qu'il lui soit égal, ou non, que sa santé physique ne soit pas mieux. Cela pose alors question pour notre recherche car la première interprétation pourrait renvoyer à une érotisation des relations, tandis que la deuxième interprétation questionne le recours à la somatisation, la tendance à la conversion. Il faut également noter que les items à forme négative peuvent parfois amener à confusion.

A l'inverse, d'autres items ne manquent pas d'ambiguïté, mais sont au contraire d'une grande limpidité. Rappelons que ce test de personnalité fait uniquement appel au conscient. Ceci le rend donc plus facilement falsifiable, malgré l'évaluation des échelles de validité.

Ajoutons que certaines réponses peuvent également varier selon l'humeur du sujet. Quelqu'un présentant une thymie basse lors de la passation, aura peut-être plus tendance à répondre par la négative, sera plus pessimiste, qu'une personne euthymique.

Enfin, la traduction française du MMPI-2 peut également entraîner quelques biais.

C'est donc pour lutter contre ces différents biais que le recours à plusieurs outils est indispensable. De plus, nous avons pu voir que les résultats de ces deux tests étaient parfois contradictoires, ce qui conforte l'utilité de multiplier les tests. Cette contradiction entre les résultats des deux épreuves peut notamment être due à la déformation consciente toujours plus importante dans un questionnaire, comme le MMPI-2, que dans une épreuve projective non figurative et peut être due au fait que l'ensemble des réponses fournies au MMPI-2 sont parfois sujettes à caution du fait des scores aux échelles de validité.

3. *Autres biais possibles.*

Les hypothèses théoriques ont été étayées par les théories de Schaeffer (2000, 2014). Le fait que cette dernière propose une théorie allant dans le même sens que l'hypothèse générale pourrait entraîner un biais de confirmation.

Enfin des biais liés aux chercheurs existent, tel est le cas du biais de confirmation. Comme disait Lacan (1967-1968), une simple écoute est tout à fait insuffisante pour produire quelque chose d'analytique et le terme de neutralité se réfère alors au fait que l'analyste doive avoir une référence neutre aux signifiants du sujet, c'est-à-dire n'en privilégier aucun, afin que le sujet puisse dérouler son histoire. Cette neutralité est nécessaire pour que l'interprétation ne se fasse pas en fonction de soi et de ses propres signifiants. Le danger de l'interprétation est alors de fermer la question et d'empêcher les signifiants de se dérouler. Cela peut tout à fait s'appliquer à la recherche, l'interprétation devant se faire à partir des signifiants du sujet, afin d'éviter tout biais de confirmation.

Un autre biais peut également intervenir dans notre recherche, biais en lien avec le sexe du chercheur. En effet, comme Mc Williams (2011) l'indique, le comportement du patient hystérique peut différer selon le sexe du thérapeute, séducteur avec un thérapeute du sexe opposé, en compétition avec un thérapeute du même sexe. Cela ne pourrait-il pas en être de même avec le(la) chercheur(se) ? Cela nécessiterait alors d'être vigilant avec certains de nos résultats, notamment lorsque nous observons que les résultats obtenus, au MMPI-2, par les hommes de notre échantillon, témoignent d'un besoin de plaire, de se montrer sous un jour favorable plus important chez ceux-ci, que chez les femmes.

III - Réflexion sur la pratique clinique.

En préambule, notons qu'il peut sembler important de se questionner sur les difficultés pouvant naître du double positionnement praticien/chercheur et se demander comment le participant nous voit. Comme psychologue ou bien comme chercheur ? D'autant que certains participants étaient des patients ou que d'autres, comme par exemple Edwige, acceptait de participer à la recherche dans le but d'une amélioration de sa thymie, de son état actuel. L'intérêt du sujet et ses besoins, devant toujours primer sur la recherche, peuvent alors orienter et aider à ce double positionnement.

Tentons maintenant d'élaborer des pistes de réflexion quant à la pratique clinique auprès de patients hystériques.

Précisons tout d'abord que nous trouvons très peu de perspectives cliniques dans la littérature actuelle, alors que plusieurs questionnements concernant la pratique peuvent naître. Ils sont par exemple les suivants : Comment faire, face à des patients demandant de l'aide mais n'étant pas prêts à renoncer à leurs bénéfices secondaires ? Comment accompagner des patients voulant garder leur désir insatisfait ? Comment aider des patients qui cherchent un maître sur qui régner ? Quel type de thérapie leur proposer ?

Tous ces questionnements peuvent avoir des répercussions sur le contre-transfert, il semble alors nécessaire d'en prendre conscience. Schaeffer (2014) dit d'ailleurs que « c'est parce qu'elle sollicite directement notre contre-transfert, que l'hystérie nous informe aussitôt d'elle-même, autant par la méconnaissance que crée en elle le refoulement, que par le trop de reconnaissance qu'elle suscite en nous ».

Cela questionne également sur le cadre. Quel cadre proposer aux patients hystériques ? L'hystérique accorde une place importante au cadre de son suivi, au respect des horaires, aux attitudes de son thérapeute, à ses interprétations et remarques. Dès lors, il semblerait important dans la mise en place d'un suivi de délimiter tout de suite le nombre d'intervenants (un suivi médical par des internes semble par exemple à éviter), car l'hystérique a besoin de sentir qu'il entretient un rapport particulier/exclusif avec son thérapeute. Comme dans toute thérapie, trouver le bon équilibre, le bon juste milieu, semble alors primordial. Il faut éviter

Discussion : Réflexion sur la pratique clinique.

les attitudes de rejet ou inadéquates, sans pour autant être dans un excès d'empathie qui pourrait que cristalliser la situation, comme ce que nous observons lorsque l'entourage, la famille, de ces patients sont trop soutenant, à l'écoute de chaque plainte. Et un manque d'empathie de nuirait-il pas à la création de l'alliance thérapeutique ? Manque d'empathie pouvant parfois pourtant naître suite à un contre-transfert pouvant être négatif.

Enfin, le trop plein de séduction, la recherche d'une trop grande proximité lorsque le patient pose des questions personnelles au thérapeute, la difficulté pour certains sujets à trouver la bonne distance pour le clinicien, nécessitent le maintien d'un cadre thérapeutique. Bilal et Laurent sont deux patients dans la séduction, nécessitant de maintenir fermement le cadre. Tous les deux cherchent par exemple à connaître mon âge, Bilal en me le demandant directement ; Laurent, plus subtilement, en faisant des calculs devant moi par rapport à mon niveau d'études et attendant un acquiescement de ma part, qui ne vient jamais. Au cours des trois derniers entretiens, Laurent ne cesse de me dire que tous ses client(e)s le trouvent séducteur, que plusieurs femmes tombent sous son charme alors qu'il ne ferait rien pour, tout cela avec un grand sourire, puis laisse un blanc, comme attendant que je donne mon avis personnel sur cela. Il parvient à ce que j'interrompe ce silence, sans lui donner mon avis toutefois mais en l'amenant à s'interroger sur la raison qui pousse son entourage à dire cela de lui. Avec ces comportements séducteurs, le cadre est parfois mis à mal, mais l'absence de remise en question, d'introspection est tout aussi difficile à supporter. Ces deux éléments peuvent contribuer à un ressenti négatif à l'égard de ces patients.

Avec Alexandra, le cadre était également difficile à tenir. J'avais l'impression d'être envahie par son flot de parole. J'avais parfois l'impression de plus réfléchir à comment pouvoir intervenir et comment mettre un terme à l'entretien à l'approche de sa fin que de réfléchir au contenu de ses propos. Cette absence de distance a de nouveau provoqué en moi un contre-transfert négatif et j'ai éprouvé un soulagement lorsqu'elle a cessé de venir à nos entretiens. Peut-être a-t-elle ressenti mon manque de réceptivité ? Certainement aurait-il fallu davantage se concentrer sur le contenu de ses propos, que sur sa forme, avec davantage d'empathie de ma part, ce qui devient difficile lorsque nous nous sentons dans l'impossibilité de pouvoir aider davantage la personne en souffrance. Peut-être aurait-il également pu être important d'établir un cadre plus strict, de se mettre d'accord pour consacrer les dix premières minutes de l'entretien à la fibromyalgie, à ses plaintes, pour pouvoir après aborder d'autres éléments. Mais cela lui aurait-il plus convenu ?

Dès 1889, Freud évoque la résistance des hystériques, leur mauvaise volonté à

coopérer dans leur propre thérapie. Il conclut que le non-savoir du patient est en fait leur « non-vouloir savoir », plus ou moins conscient. Khan (1974) qualifie également les hystériques comme des patients pleins de promesses mais récalcitrants. Il explique notamment que la thérapie analytique opère en apportant une relation d'objet particulière. Or, l'hystérique a connu ses premiers traumatismes dans le contexte d'une relation d'objet et en est devenu méfiant. C'est pour cette raison, selon Khan, que l'hystérique hypersexualise le transfert, tente d'imposer la solution sexuelle à l'analyse, comme il a hypersexualisé la relation à la figure paternelle pour pallier la défaillance de la figure maternelle. A cela s'ajoute « la rancune de l'hystérique », comme vu précédemment, rancune qui a des répercussions dans le transfert, dans la thérapie. L'analyste doit alors être en mesure de repérer cela. Khan questionne également l'analysabilité des patients hystériques, leur capacité à faire d'authentiques progrès, dans le sens de la résolution analytique de leurs problèmes réels.

Cette résistance évoquée par ces auteurs explique pourquoi garder une patience sans faille peut parfois devenir difficile face à ces patients. En effet, garder calme et neutralité peut devenir de l'ordre du défi lorsque toute piste de réflexion proposée est mise en échec afin de rester dans la complaisance des plaintes ou bien lorsque le patient refuse de reconnaître les évolutions positives pourtant remarquables, évidentes, afin de continuer de se plaindre pour exister. Que ces comportements peuvent être frustrant pour le thérapeute ! Tel est le cas avec Clémentine, Béatrice et Ludovic. Clémentine ne cesse de me dire que je ne parviens pas à l'aider. Désarçonnée, je n'ai pu répondre. J'ai pourtant tenté à plusieurs reprises de l'amener à réfléchir, sans affirmer que c'était la vérité, la clé de son inconfort, sur sa recherche d'identification à la figure paternelle ; sur sa quête d'exister en attirant l'attention sur elle à son tour, son frère, malade, ayant pu recevoir plus d'attention ; sur sa quête d'amour auprès des hommes en se laissant séduire et en acceptant toute démonstration de tendresse, toute attention masculine... Malgré cette mise en échec de la part de Clémentine, difficile à vivre pour moi, c'est avec regret que j'ai constaté qu'elle avait interrompu son suivi psychologique, une sensation d'inachèvement demeurant, associée à un sentiment d'impuissance. Béatrice et Ludovic, eux, ne veulent pas reconnaître l'évolution positive. Lorsque je relève la disparition des aphonies, un apaisement, une amélioration au sein du couple, Béatrice trouve toujours quelque chose en plus qui ne va pas. Pourtant les entretiens cliniques commençaient à se ressembler d'une fois sur l'autre. Elle venait toujours avec les mêmes propos et avec ce besoin de se montrer sous un jour favorable, de me décrire le caractère indispensable de sa présence auprès de sa famille, de ses collègues. Ce besoin excessif de montrer sa « bonté » me devenait pénible car j'avais l'impression de tourner en rond, ce qui devenait difficilement

Discussion : Réflexion sur la pratique clinique.

supportable. C'est avec soulagement que j'ai constaté qu'elle avait mis fin à son suivi en ne se présentant pas au dernier entretien, sans prévenir. Peut-être aurai-je pu lui proposer plus de pistes de réflexion ? Ou cherchait-elle à ce que je prête davantage d'attention à ses symptômes ? Pourtant, elle se refermait lorsque je pointais par exemple la ressemblance entre ses aphonies et la maladie dont souffrait son père... Ludovic, comme Béatrice, ne semble pas satisfait de son évolution positive, de la disparition progressive des crises d'angoisse, qui lui a pourtant permis de reprendre une activité professionnelle, sans être envahi par l'angoisse. Il se replie sur lui, sourit timidement, lorsque nous évoquons cela en entretien. Pourtant, il continue de venir à chaque entretien, bien qu'il me dise ne pas en voir l'intérêt, venir plus pour me faire plaisir. Son côté mystérieux, très inhibé, me questionne. Ne serait-ce pas ce qu'il recherche ? Ne ferait-il pas exprès de laisser échapper parfois des choses, notamment sur la dynamique relationnelle avec ses parents et refuser après d'approfondir sur ce sujet ? Serait-ce sa manière d'attirer l'attention, maintenant que les crises d'angoisse ne sont plus sur le devant de la scène ?

Plus récemment, Pickmann (2014) explique que les hystériques recherchent un maître sur qui régner, non pas pour inverser les rôles, mais pour le rallier à sa cause qui est celle de l'inconscient, pour le sortir de son ignorance, mais selon cette psychanalyste, jamais l'hystérique et le maître ne pourront se rejoindre. Le discours du maître ne parviendra jamais à faire passer au savoir toute la douleur existentielle que l'hystérique souhaite incarner pour lui. L'hystérique cherche à avoir toujours un pas d'avance sur le maître, d'où sa nécessité de créer sans cesse de nouvelles formes cliniques. Cela peut alors compliquer la prise en charge.

Pour Douville (2014), l'analyste doit mener le patient sur le chemin où les écarts entre savoir et vérité, fantasme et désir, restent possibles, sans se trouver réduit à l'impuissance ou se vouer à incarner un maître.

Pour compléter cela, il peut être dit que le travail de l'analyste est d'accompagner le patient hystérique dans ses souffrances, l'aider à trouver un nouvel équilibre, lui offrant suffisamment d'insatisfaction. C'est également pour que l'insatisfaction demeure qu'il n'est pas recommandé d'apporter trop de savoir aux hystériques. Peut-être faut-il aussi garder à l'esprit que comprendre n'est pas forcément aider et donc qu'aider ne nécessite pas de tout comprendre. En effet, le but de la psychothérapie est l'efficacité et non la vérité ; la vérité serait plutôt la visée de la philosophie.

Il peut sembler également important de parvenir à se détacher de ce que les hystériques donnent à voir, afin de porter son attention sur ce qui est dit. Peut-être faut-il se désintéresser du symptôme, du corps, pour voir ce qu'il se cache derrière, pour aborder la question du fantasme hystérique ? Concernant le symptôme, peut se poser la question de sa place, tout en gardant toujours à l'esprit que l'hystérique a besoin de ce symptôme, est un(e) éternel(le) insatisfait(e), que la plainte est sa façon d'exister, et que rien ne sert d'abolir le symptôme, qui ne fera que réapparaître sous une autre forme. L'hystérique tient à son symptôme, qui lui confère une place/un statut tout en le déstabilisant. Ou plutôt que de s'en désintéresser, ne faudrait-il pas passer par une phase de reconnaissance des symptômes et de ses conséquences négatives ? Cela pourrait ensuite amener le patient progressivement à reconnaître l'utilité du symptôme pour qu'il puisse finalement s'appuyer dessus, le but du patient étant de ne pas s'en séparer. Cela s'apparenterait à une phase d'acceptation.

Concernant la difficulté d'identification sexuelle, il semble essentiel de porter une attention particulière sur le recueil de ces données. Saisir ces données à l'état brut et de façon neutre par rapport à ce que dit le patient ne permettrait-il pas d'être au plus près de la singularité psychique du patient ?

Comme vu, une autre caractéristique de l'hystérie est la non-résolution du conflit œdipien. Ne serait-il alors pas important de proposer un travail d'élaboration autour des représentations conscientes ou inconscientes des figures parentales ? De proposer un travail d'élaboration autour des différentes relations triangulaires survenant dans la vie du patient ?

L'hystérie est aussi une affaire de discours. Le patient hystérique arrive en entretien avec son discours préparé, avec des attitudes et pensées stéréotypées provenant des attentes de la société ou en tout cas de sa norme. Par conséquent, son discours ne peut coïncider avec sa nature profonde, son for intérieur, sa réalité psychique et facilite l'apparition de symptôme. De là, les éléments d'anamnèse trouveront tout leur intérêt. Cela pourrait également nécessiter de recentrer le discours du patient sur ses véritables désirs, besoins et attentes, nécessiter de sortir le patient de ses pensées/comportements/agissements stéréotypés, en lien avec la norme sociale afin de l'amener progressivement vers un discours qui deviendra le sien. L'hystérique étant le discours de l'autre, il peut sembler nécessaire de le recentrer sur ses propres signifiants en lui faisant souvent ou toujours expliciter ce qu'il entend (par exemple : par le mot amour, le mot père, souffrance, etc.), afin de dévoiler les significations de façon progressive.

Discussion : Réflexion sur la pratique clinique.

Les éléments du transfert doivent faire l'objet d'une attention particulière : ne rien donner à l'hystérique viendrait casser la dynamique relationnelle entre le thérapeute et le patient mais trop donner aurait l'effet de le renfermer sur ses troubles et l'installer un peu plus dans l'expression de ses souffrances. Cela nécessite une analyse régulière de notre place de thérapeute et de ce que nous lui renvoyons d'où l'utilité de la supervision. De plus, l'hystérique ayant tendance à s'enfermer dans ce que nous pouvons lui renvoyer, l'analyse de notre comportement de thérapeute est d'autant plus importante et même s'il y a une nécessité à reconnaître les maux, la plainte, il faut faire attention à ce que l'écoute ne soit pas qu'active au risque sinon de renforcer la plainte.

Enfin, n'oublions pas que, selon Bergeret (1974), la structure hystérique est le mode d'organisation de la personnalité le plus achevé. Il s'agit donc d'une structure de personnalité avec laquelle il est possible de bien vivre, bien que cela n'empêche pas une décompensation.

Ajoutons que la prise en charge des patients hystériques se fait essentiellement par la parole, à l'aide des psychothérapies ou psychanalyses, mais cela n'est pas toujours possible dans un premier temps, tel est le cas lorsque l'angoisse est trop grande. Le recours à un traitement médicamenteux, notamment de type anxiolytique, peut alors être proposé aux patients. Le but n'est alors pas d'éradiquer tous les symptômes, les hystériques en ont besoin, notamment pour se plaindre, mais de les apaiser.

Dans les formes d'hystérie les plus graves, où un traumatisme occupe vraiment le devant de la scène, certains psychiatres pensent que la thérapie par l'EMDR pourrait être une réponse thérapeutique efficace. L'hystérique, au-delà du discours met en avant son corps, en joue, le met sur la scène pour être vu, etc.... Dans ce cas, les thérapies à médiation corporelle ne pourraient-elles pas être pertinentes pour certains patients (névrose de conversion, lors de l'utilisation massive de mécanisme de défense contra-phobique) ?

Il n'est pas rare non plus de voir des patients hystériques hospitalisés en psychiatrie mais cela ne fait-il pas que chroniciser les symptômes ? Ne renforce-t-il pas la plainte ? Les hospitalisations de courte durée semblent alors plus pertinentes chez ce genre de patient.

Enfin, comme la supervision, le travail en équipe pluridisciplinaire trouve toute son importance dans ce genre de cas où la thérapie peut stagner, où le contre-transfert peut devenir négatif. Echanger avec ses collègues peut alors permettre d'avoir une autre vision et d'éviter d'être happé par la torpeur dû à la complaisance de l'insatisfaction, d'éviter de succomber à la

mise en échec de la thérapie par le patient ou encore de se rassurer sur le sentiment d'impuissance que le patient hystérique peut nous renvoyer. Echanger sur ces patients avec les collègues ou un superviseur peut permettre d'évacuer la frustration, l'agacement et tout autre ressenti associé à un contre-transfert négatif. Qu'il peut parfois être difficile de rester neutre et de ne pas laisser paraître aucune marque d'impatience lorsque la prise d'un nouveau rendez-vous avec une patiente se transforme en pièce de théâtre ou bien lorsqu'un patient semble être plus happé par son rôle de séducteur qu'investi dans sa thérapie. Toutefois, le contre-transfert n'est pas négatif avec tous les patients hystériques. Je n'ai pas l'impression qu'il le soit plus avec les femmes, qu'avec les hommes. Leurs comportements, leurs histoires, leurs façons de raconter leur vie mèneront à un contre-transfert davantage positif ou négatif. La dramatisation, la théâtralisation, l'absence de remise en question, sont les éléments qui me semblent provoquer le plus, en moi, un contre-transfert négatif. Cela peut se retrouver aussi bien chez les femmes que chez les hommes, comme vu avec notre recherche, ce qui explique l'absence de différences de ressenti, de ma part, selon le genre du patient.

Pour conclure, l'éthique relationnelle et la reconnaissance de la réalité de la plainte semblent être des conditions nécessaires pour que la rencontre avec l'hystérique ait lieu.

IV – Pistes de futures recherches.

Cette présente recherche donne un aperçu de la façon dont l'hystérie se présente chez les femmes et les hommes et peut donner les prémices d'une future recherche. Il pourrait alors être intéressant de faire cette recherche à plus grande échelle, de mettre en place une étude comparative entre les deux sexes, mais également par rapport à un groupe de sujets à la structure de personnalité compensée et/ou à un groupe témoin.

Il pourrait aussi être tout à fait intéressant de prendre en considération les différentes variables démographiques car comme nous avons vus précédemment, dans le paragraphe sur les données épidémiologiques, les symptômes et leurs durées peuvent notamment varier selon l'âge et l'environnement socio-culturel. La recherche sur un échantillon plus représentatif et significatif pourrait permettre d'affiner la description du tableau clinique de l'hystérie selon le sexe, l'âge ou d'autres variables.

De plus, cinq femmes et neuf hommes, de notre échantillon, présentent une personnalité hystéro-phobique et cinq femmes et seulement un homme présentent une personnalité se caractérisant par une hystérie de conversion. Notre faible échantillon ne nous permet pas de voir l'impact du type de structures sur les hypothèses mais il pourrait être intéressant de voir si des différences existent entre une structure d'hystérie de conversion et une structure hystéro-phobique.

Ces éventuelles futures recherches pourraient permettre de redécouvrir l'hystérie, avant qu'elle ne disparaisse définitivement. Effectivement, l'hystérie ne serait-elle tout de même pas amenée à disparaître ? Kohon (1984) observe une raréfaction de l'hystérie qu'il explique par les carences paternelles actuelles qui poussent à la persistance de l'attachement à la mère et empêche le changement d'objet. De Tychev, Huckel, Rivat et Claudon (2012) posent l'hypothèse que l'évolution sociétale entraînerait des changements dans le développement de la personnalité. Par exemple, l'augmentation des divorces et de la monoparentalité, l'éclatement de la sphère familiale, une plus grande insécurité dans la sphère professionnelle, la crise économique, sont d'autant de facteurs pouvant fragiliser les assises

narcissiques et ayant des répercussions sur la parentalité et de ce fait sur la construction identitaire, jusqu'au stade œdipien. Cela conduit alors à une augmentation exponentielle des modes d'organisation de personnalité limites-narcissiques. Ou alors son statut de structure de personnalité la plus aboutie protège-t-il l'hystérie de sa disparition ?

Conclusion à la thèse.

Rappelons-le, l'objectif de cette thèse était de savoir si des différences existaient entre les femmes hystériques et les hommes hystériques. Pour ce, cinq hypothèses ont été posées, hypothèses partant de ce qui caractérise une structure de personnalité selon Bergeret (1974), à savoir le mode de relation objectale, le type d'angoisse et de conflit l'ayant générée, ainsi que le type de mécanisme de défense. A ceci s'ajoute un intérêt pour la difficulté d'identification sexuelle présente dans la structure de personnalité hystérique.

Pour mettre à l'épreuve chacune de ces hypothèses, une étude comparative portant sur deux échantillons constitués respectivement de dix femmes et dix hommes, présentant une structure de personnalité hystérique, a été réalisée. A chacun de ces participants, ont été proposé des entretiens semi-directifs permettant le recueillement d'informations anamnestiques, et les passations de l'épreuve projective de Rorschach, faisant appel à l'inconscient, et du test de personnalité, le MMPI-2, faisant appel au conscient.

Bien que le nombre de cas observés soit restreint, il ne s'agit pas uniquement d'une démarche qualitative, mais une démarche quantitative est également réalisée à l'aide de tests statistiques (test U de Mann-Whitney et test T pour groupes appariés). Le recours à ces différentes démarches a pour but de dégager les points communs et différences entre ces deux sous-groupes.

L'analyse de l'ensemble des données obtenues grâce aux différents outils conduit aux résultats suivants :

- Une difficulté d'identification sexuelle est présente chez les hommes et les femmes de notre échantillon, mais celle-ci est plus prégnante chez ces dernières.
- L'angoisse de castration, massive dans tous les protocoles de nos participants, se trouve bien être l'angoisse au cœur de la structure hystérique. Celle-ci s'exprime de manière similaire chez les femmes et les hommes.
- Le conflit œdipien semble rester irrésolu chez l'ensemble de nos participants. Il apparaît dans les anamnèses, à travers l'évocation de conflits amoureux, de conflits avec le

Conclusion à la thèse.

parent du même sexe et d'une meilleure entente avec le parent du sexe opposé ou encore à travers l'évocation d'une rivalité œdipienne. Au test de Rorschach, le conflit œdipien se manifeste dans les réponses émises à l'enquête des choix et des relations d'objet projetées par nos participants.

- Concernant le mode de relation objectale, une quête perpétuelle d'affection, le sentiment de ne jamais être suffisamment aimé(e), apparaissent distinctement dans les résultats obtenus par les sujets de notre échantillon, au MMPI-2 et tout particulièrement chez les hommes. En revanche, contrairement à ce qui était attendu, la relation d'objet génitale et l'érotisation se font plus discrètes. L'intensité des mouvements régressifs de repli narcissique chez ces personnes traversant une crise existentielle mettant à mal leurs assises narcissiques peut expliquer les mouvements de désinvestissement objectal observés au test de Rorschach.

- Les défenses hystéro-phobiques sont largement mobilisées, chez les femmes et les hommes de notre échantillon, en association avec les autres défenses secondarisées que sont les défenses à versant obsessionnel, tandis que les défenses primitives plus archaïques sont beaucoup plus rarement utilisées. Ainsi, les participants de notre recherche recourent massivement à l'inhibition, la défense contra-phobique, la projection dans le réel du danger pulsionnel, au recours à la réalité, à la régression, au refoulement, à la dramatisation et la mise en avant théâtralisée des affects.

Globalement, la mise à l'épreuve de nos cinq hypothèses de travail révèle peu de différences entre les deux sous-groupes de notre recherche et conduit à vérifier l'hypothèse générale : **Aucune différence majeure ne demeure entre les femmes hystériques et les hommes hystériques.**

Restons toutefois prudents car divers biais liés aux sujets, à la taille restreinte de notre échantillon, au fait que l'organisation de personnalité des participants est passablement décompensée du fait de la crise existentielle qu'ils traversent au moment de l'évaluation, à la méthodologie, aux épreuves utilisées, ou encore aux chercheurs peuvent survenir. Ils ont été identifiés afin d'évaluer la validité de la recherche.

Cette étude permet de donner un aperçu actualisé de l'hystérie chez les femmes et les hommes et peut conduire à une future recherche, notamment à une étude à grande échelle car seulement vingt cas ont été observés. Il pourrait alors être intéressant de chercher à généraliser ces résultats. Il pourrait également être pertinent de prendre en considération les différentes

variables annexes car les symptômes et leur durée peuvent varier selon certaines ; ou encore de faire cette recherche en opposant notre échantillon actuel à un échantillon de sujets à la structure de personnalité hystérique compensée. Ceci pourrait permettre une meilleure compréhension de l'hystérie qui a disparu des classifications psychiatriques des troubles mentaux et en donner une image plus actuelle. Cela pourrait également permettre d'éclaircir les différentes pistes de réflexion quant à la pratique clinique énoncées dans cette thèse, bien que le transfert et le contre-transfert resteront toujours propres à chacun et à chaque rencontre entre patient et thérapeute.

L'HYSTERIE : Existe-t-il des différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques ? Étude à travers l'épreuve de Rorschach et le MMPI-2.

Bibliographie

- Akagi, H. & House, A. (2001). The epidemiology of hysterical conversion. In P. W. Halligan, C. Bass & J. C. Marshall (Eds.), *Contemporary approaches to the study of hysteria* (pp. 73-87). Oxford : Oxford University Press.
- Akagi, H. & House, A. (2002). The clinical epidemiology of hysteria : vanishingly rare, or just vanishing ? *Psychological Medicine : A journal of research in psychiatry and the allied sciences*, 32(2), 191-194.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.)*. Arlington VA : American Psychiatric Publishing.
- André, J. (1999). Hystérie et psychanalyse, éléments d'histoire. In J. André, J. Lanouzière & F. Richard (Eds.), *Problématiques de l'hystérie* (pp 1-36). Paris : Dunod.
- André, J. (2004). *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Anzieu, D. (1965). *Les méthodes projectives*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Auxéméry, Y. (2014). Vers une nouvelle définition de la conversion hystérique. *L'évolution psychiatrique*, 79 (2), 287-294.
- Babinski, J. (1909). *Démembrement de l'hystérie traditionnelle : pithiatisme*. Paris : Masson.
- Benedetti, G. (2010). *Una vita accanto alla sofferenza mentale. Seminari clinico-teorici (1973-1996)*. Milan : Edition Franco Angeli.
- Benedikt, M. (1895). *Die Seelenkunde des Menschen als reine Erfahrungswissenschaft*. Leipzig : O. R. Reisland.
- Benhamou, H. & Chenivresse, P. (2009). Hystérie, anciennes et nouvelles frontières. *Perspectives psy*, 48 (2), 117-118.
- Bergeret, J. (1974). *La Personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (2012). *Psychologie pathologique : théorie et clinique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Bernheim, H. (1916). *De la suggestion*. Paris : Albin Michel.
- Bescherelle, L. N. (1863). *Dictionnaire national*. Paris : Garnier Frères.
- Blaquière, H. (2014). La jouissance négativement phallique. De la belle bouchère au rêve du cochon. *Figures de la psychanalyse*, 27, 69-80.
- Bohm, E. (1955). *Traité du psychodiagnostic de Rorschach à l'usage des psychologues, médecins et pédagogues*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bollas, C. (2000). *Hysteria*. London & New York : Routledge.

Bibliographie.

Bonnet, G. (1991). *Le transfert dans la clinique psychanalytique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Bourguignon, A. & Lilamand, M. (1986). *Pour introduire la notion d'hystéro-paranoïa, comptes rendus du congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Besançon, 1985*. Paris : Masson.

Bourneville, D. M. (1880). *Étude d'ensemble sur l'hystérie chez l'homme*. Paris.

Braunschweig, D. & Fain, M. (1975). *La Nuit, le Jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris : Presses Universitaires de France.

Brenman, E. (1985). Hysteria. *The international journal of psycho-analysis*, 66 (4), 423-432.

Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris : J-B Baillière & Fils.

Bulat-Manenti, G. (2014). Complaisances hystériques dans la clinique actuelle. *Figures de la psychanalyse*, 27, 125-132.

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *Manual for administration and scoring : Minnesota Multiphasic Personality Inventory : MMPI-2. An administrative and interpretative guide*. Minneapolis : University of Minnesota Press.

Canguilhem, G. (1943). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Carter, R. B. (1853). *On the pathology and treatment of hysteria*. Londres : Chruchill.

Castro, D. (2006). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte. Wais III, MMPI-2, Rorschach, TAT*. Paris : Dunod.

Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod.

Chabert, C. (1987). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod.

Charcot, J.M. (1882). Physiologie pathologique : Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. *Comptes-rendus Hebdomadaires des Séances de l'Académie des Sciences (Section de Médecine et de Chirurgie)*, 94, 403-405.

Charcot, J.M. (1885-1890). *Œuvres complètes de J. M. Charcot*. Paris : Delahaye-Lecrosnier.

Charcot, J.M. (1971). *L'hystérie*. Toulouse: Privat.

Chiland, C. (1999). *Le sexe mène le monde*. Paris : Calmann-Lévy.

Conto (de). C. (2010). Hystérie et vieillissement : un contre-transfert négatif. *Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 10, 173-178.

Coudurier, J. F. (2005). A propos du DSM. *Essaim*, 15, 21-33.

- Cournut, J. (1991). *L'ordinaire de la passion*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cullen, W. (1769/1819). *Éléments de médecine pratique*. Paris : Méquignon-Marvis.
- Darves-Bornoz, J. M. (1996). Le traumatisme du viol et de l'inceste. *Perspectives psy*, 35, 343-34
- Dassa, K., Kpanaké, L., Tordjman, S. & Ferrari, P. (2010). Hystérisation de l'adolescence chez l'africaine subsaharienne : au nom de la mère, contre le père et son vice ?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58 (8), 495-499.
- David-Ménard, M. (1983). *L'hystérique entre Freud et Lacan : Corps et langage en psychanalyse*. Paris : Editions Universitaires.
- Debray, Q., Granger, B. & Azais, F. (1999). *Psychopathologie de l'adulte*. Paris : Masson.
- Debroux, P. (2009). Fonctionnements névrotiques. In J. Richelle (Ed.), *Manuel du test de Rorschach, Approche formelle et psychodynamique* (pp. 130-154). Bruxelles : De Boeck.
- Delage, M. (2002). Clinique actuelle de l'hystérie. *Neuropsychy news*, 1 (2), 78-83.
- Devereux, G. (1977). Transe et sexualité. In *Corps à prodiges*. Paris : Tchou.
- Dollander, M. & Tychev (de) C. (2002). Ratages, marquages œdipiens et destins du lien amoureux. *Dialogue*, 158, 96-108.
- Douville, O. (2014). Folie hystérique et hystérie virile. *Figures de la psychanalyse*, 27, 25-33.
- Dubois, P. (1904). *Les psychonévroses*. Paris : Masson.
- Eisler, M. J. (1921). A man's unconscious phantasy of pregnancy in the guise of traumatic hysteria. *The International Journal Of Psychoanalysis*, 2, 255-286.
- Falret, J. (1890). *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris : J-B Baillière & Fils.
- Faria, J. (1819/2005). *De la cause du sommeil lucide ou Étude de la nature de l'homme*. Paris : L'Harmattan.
- Ferenczi, S. (1919). Phénomènes de matérialisation hystérique. In *Psychanalyse*, Tome 3 : Œuvres complètes (pp. 53-65). Paris : Payot.
- Ferriar, J. (1795). *Medical histories and reflections*. Vol II. Londres : Cadell and Davies.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895/1956). *Études sur l'hystérie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1899). *L'interprétation des rêves*. Paris : Presses Universitaires de France.

Bibliographie.

Freud, S. (1905). *Dora : fragment d'une analyse d'hystérie*. Paris : Presses Universitaires de Paris.

Freud, S. (1907). *La vie sexuelle*. Paris : Presses Universitaires de Paris.

Freud, S. (1908). Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité. In *Névrose, psychose et perversion*. Paris : Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de Psychanalyse*. Paris : Payot.

Freud, S. (1926, éd. 2011). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1931). Des types libidinaux. In *La vie sexuelle* (pp 156-159). Paris : Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1937, éd. 2012). L'analyse finie et l'analyse infinie. Paris : Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1973). *Névrose, psychose et perversion*. Paris : Presses Universitaires de France.

Freud, S. (2006). *Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904*. Paris : Presses Universitaires de France.

Friedman, A. F., Lewak, R., Nichols, D. S. & Webb, J. T. (2001). *Psychological Assessment With the MMPI-2*. London : Lawrence Erlbaum Associates.

Fustier P. (1996). Le cas fondateur en recherche clinique. *Bulletin de Psychologie*, XLIX (425), 471-475.

Galien, C. (trad. 1854). *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales*. Paris : J. B. Baillière.

Gérardin, P. (2002). Conversion hystérique chez l'enfant et l'adolescent. *Médecine & enfance*, 22 (4), 233-236.

Gherovici, P. (2003). *The Puerto Rican Syndrome*. New-York : Other Press.

Graham, J. R. (2006). *MMPI-2 : Assessing personality and psychopathology* (4th ed.). New-York : Oxford University Press.

Grebot, E. (2002). *Repères en psychopathologie*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Editions de minuit.

Green, A. (2000). Hystérie et états limites : chiasme Nouvelles perspectives. In *Hystérie* (pp. 139-162). Paris : Presses Universitaires de France.

Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2, an interpretive manual*. Needham Heights, MA : Allyn & Bacon.

- Guillet, J. (1985). L'hystérie masculine existe-t-elle ?. *Ouest médical*, 38 (19-20), 705-710.
- Guttières-Green, L. (2003). Hystérie éternelle, encore et toujours. *Revue française de psychanalyse*, 67, 1139-1158.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul : Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton : Princeton University Press.
- Halligan, P.W., Bass, C. & Marshall, J. C. (2001). *Contemporary approaches to the study of hysteria : clinical and theoretical perspectives*. Oxford : Oxford University Press.
- Harris, R. E. & Linges, J. C. (1955). *Subscales for the MMPI : an aid to profile interpretation*. Unpublished mimeographed manuscript. San Francisco : Langley Porter Neuropsychiatric Institute.
- Harrus-Révidi, G. (2010). *Qu'est-ce que l'hystérie?*. Paris : Payot.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Herskovits, M. J. (1946). *L'héritage du Noir. Mythe et réalité*. Paris : Présence africaine.
- Hippocrate. (trad. 1851). *Œuvres complètes d'Hippocrate*. (vol. 7). Paris : J.B. Baillière.
- Israël, L. (1976). *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris : Masson.
- Israël, L. (1987). Fin des hystéries, fin d'une psychiatrie. *Le Trimestre psychanalytique, numéro spécial*, 33.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris : Felix Alcan.
- Janet, P. (1893). *L'état mental des hystériques*. Paris : L'harmattan.
- Janin, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kernberg, O. (1979). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod.
- Khan, M. (1974). La rancune de l'hystérique. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10, 151-158.
- Klein, M. (1968). *Essais de psychanalyse 1921-1945*. Paris : Payot.
- Klotz, H. P. (1948). *La spasmophilie de l'adulte, maladie psycho-organique*. Paris : Flammarion.
- Kohon, G. (1984). Reflections on Dora : the case of hysteria. *International Journal of Psychoanalysis*, 65, 73-84.
- Kristeva, J. (1996). *Sens et non-sens de la révolte*. Paris : Fayard.

Bibliographie.

Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. *Ecrits*. Paris : Le Seuil.

Lacan, J. (1952). Intervention sur le rapport de Lagache sur le transfert (1951). *Revue française de psychanalyse*, XVI, 154-163.

Lacan, J. (1955-1956). Les psychoses. In *Le séminaire (III)*. Paris : Le Seuil.

Lacan, J. (1956-1957). La relation d'objet. In *Le séminaire (IV)*. Paris : Le Seuil.

Lacan, J. (1957-1958). Les formations de l'inconscient. In *Le séminaire (V)*. Paris : Le Seuil.

Lacan, J. (1960-1961). Le transfert. In *Le séminaire (VIII)*. Paris : Le Seuil.

Lacan, J. (1967-1968). L'acte psychanalytique. In *Le séminaire (XV)*. Paris : Le Seuil.

Lacan, J. (1969-1970). L'envers de la psychanalyse. In *Le séminaire (XVII)*. Paris : Le Seuil.

Lacan, J. (1991). L'envers de la psychanalyse. In *Le séminaire (XVII)*. Paris : Le Seuil.

Laplanche, J. (1973). L'hystérie aujourd'hui. Rapport au congrès international de psychanalyse à Paris. *The International Journal of Psychoanalysis*, 55, 459-469.

Lasègue, C. (1971). *Écrits psychiatriques*. Toulouse : Privat.

Lebovici, S. (1995). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lemaitre, F. (13 Juin 2000). La troublante actualité des troubles musculo-squelettiques. *Le Monde*.

Lemperière, T., Perse, J. & Enriquez, M. (1965). *Symptômes hystériques et personnalité hystérique*. Paris : Masson.

Lemperière, T., Feline, A., Gutmann, A., Ades, J. & Pilate, C. (1998). *Psychiatrie de l'adulte*. Paris : Masson.

Lepastier, S. & Vuillod, M. (2012). L'actualité troublante de l'hystérie. *Revue française de psychanalyse*, 76, 1453-1461.

Lerner, P. (2000). Psychiatrie allemande. Choc traumatique et histoire culturelle. *14-18 Aujourd'hui*, 3, 69-87.

Lévy-Soussan, P. (2001-2002). *Psychiatrie*. Paris : Éditions Estem.

Liebault, A. (1866). *Le sommeil provoqué et les états analogues considérés surtout au point de vue du moral sur le physique*. Paris : Doin.

Lindenmeyer, C. (2015). Le corps féminin et la chirurgie esthétique. Une hystérie moderne. *Recherches en psychanalyse*, 20, 150-161.

- Louyer-Villermay, J. B. (1802). *Recherches historiques et médicales sur l'hypocondrie*. Paris : Méquignon
- Lubbe, T. (2003). Diagnosing a male hysteric : Don Juan-type. *The International journal of psycho-analysis*, 84, 1043-1059.
- Mac Williams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis : understanding personality structure in the clinical process*. New-York : The Guilford Press.
- Maleval, J. C. (1981). *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris : Payot.
- Merskey, H. (1979). *The analysis of hysteria*. London : Balliere-Tindall.
- Mesmer, F. A. (1766). *De l'influence des planètes sur le corps humain*. Genève.
- Mesmer, F. A. (1779). *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*. Genève.
- Mestre, C. (2001). De la possession à l'hystérie : conversion médicale dans un hôpital malgache. *L'autre, Cliniques, structures et sociétés*, 2 (3), 495-508.
- Mietkiewicz, M.C. & Bouyer, S. (1998). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moebius, P. J. (1888). Uber den begriff der hysterie. In D. Erlenmeyer (Ed.) *Centralblatt fur nerveheilkunde XI*. Londres : Forgotten Books.
- Morel, B. A. (1853). *Etudes cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales*. Paris : Masson & Baillière.
- Moustache, H. (2002). Psychiatrie occidentale et traditions antillaises. Les difficultés de l'élaboration diagnostique. *L'autre, Cliniques, structures et sociétés*, 3 (3), 433-444.
- Mucchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Nasio, J. D. (1990). *L'hystérie ou l'enfant magnifique de la psychanalyse*. Paris : Rivages.
- Nathan, T. (1986). Hystérie ou possession (Prolégomènes à une théorie ethnopsychanalytique de la conversion hystérique). *Psychosomatique*, 5, 11-21.
- Nichols, D. S. & Greene, R. L. (1995). *MMPI-2 structural summary : Interpretive manual*. Odessa, FL : Psychological Assessment ressources.
- Ody, M. (1986). De l'opposition entre hystérie et dépression. *Revue française de psychanalyse*, 50 (3), 905-922.
- Organisation mondiale de la santé. (2000). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : dixième révision*. Paris : Masson.
- Pankow, G. (1977). *Structure familiale et psychose*. Paris : Aubier-Montaigne.

Bibliographie.

Pellerin, J., Pinquier, C. & Potart, C. (2003). Hystérie et vieillissement. *Psychologie Neuropsychiatrie Vieillesse*, 1(2), 89-97.

Perrier, F. (1968). Structure hystérique et dialogue analytique. *Confrontations psychiatriques*, 1, 101-117.

Pesenti-Irrmann, M. (2014). « L'être aimée » de l'hystérie. *Figures de la psychanalyse*, 27, 141-154.

Pickmann, C. N. (2014). L'hystérie dans l'air du temps. *Figures de la psychanalyse*, 27, 15-24.

Pierloot, R. A. & Ngoma, M. (1988). Hysterical manifestations in Africa and Europe. *British journal of psychiatry*, 152, 112-115.

Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris : J.A. Brosson.

Pinel, P. (1813). *Nosographie philosophique*. Paris : J.A. Brosson.

Pois (le), C. (1618). *Selectiorum observationum et consiliorum de praetervis hactenus morbis affectibus que praeter naturam, ab aquâ, seus serosâ colluvie et diluvie ortis liber singularis...* Pont à mousson : Charles Marchand.

Pommier, G. (2014). L'hystérie masculine (féminine). *Figures de la psychanalyse*, 27, 81-97.

Rausch de Traubenberg, N. (1970). *La pratique du Rorschach*. Paris : Presses Universitaires de France.

Richelle, J. (2009). *Manuel du test de Rorschach : Approche formelle et psychodynamique*. Bruxelles : De Boeck.

Rienzi, B. M. & Scrams, D. J. (1991). Gender stereotypes for paranoid, antisocial, compulsive, dependent, and histrionic personality disorders. *Psychological reports*, 69, 976-978.

Rivière, J. (1929). La féminité en tant que mascarade. *International Journal of Psychoanalysis*, X, 303-313.

Roman, P. (2009). *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod.

Rorschach, H. (1922). *Psychodiagnostik*. Berne: Hans Huber.

Schaeffer, J. (1997). Mal-être dans la sexualité. In J Cournut, P. Israel, A. Jeanneau & J. Schaeffer (Eds.), *Le mal-être (angoisse et violence)* (pp. 89-100). Paris : Presses Universitaires de France.

Schaeffer, J. (2000). L'hystérie : une libido en crise face à la différence des sexes. In A. Le Guen, A. Anargyros & C. Janin (Eds.), *Hystérie* (pp. 107-138). Paris : Presses Universitaires de France.

- Schaeffer, J. (2014). Hystérie : le risque du féminin. *Figures de la psychanalyse*, 27, 55-67.
- Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing*. New York : Grune et Stratton.
- Sprenger, J. & Institoris, H. (1491). *Malleus Maleficarum*. Nuremberg : Anton Koberger.
- Swain, G. (1997). *Le vrai Charcot : les chemins imprévus de l'inconscient*. Paris : Calmann-Lévy.
- Sydenham, T. (1682). *Dissertatio epistolaris*. London.
- Szpirko, J. (2009). En guise d'introduction... *Santé mentale*, 138, 20.
- Timsit, M. (1975) Le test de Rorschach dans les névroses et les états-limites. *Bulletin de psychologie*, I (6), 19-37.
- Tychev (de), C. & Lighezzolo, J. (1983). À propos de la dépression « limite » : contribution du test du Rorschach en passation classique et psychanalytique. *Psychologie française*, 28, 2, 141-155.
- Tychev (de), C., Huckel, C., Rivat, M. & Claudon, P. (2012). Nouvelles normes adultes du test de Rorschach et évolution sociétale : quelques réflexions. *Bulletin de psychologie*, 521, 453-466.
- Vuillod, M. (2011). Actualité de l'hystérie. Le féminin chez l'homme et la femme. *L'évolution psychiatrique*, 76, 5-17.
- Vuillod, M. (2015). Hystérie et obsessionnalité au regard du DSM. Comparaison de diagnostics psychiatriques athéoriques et psychopathologiques psychanalytiques. *Perspective psy*, 54 (3), 245-253.
- Widlöcher D. (1990). Le cas au singulier. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, 285-302.
- Widlöcher, D. (1999). La méthode du cas unique. *Monographie de Psychopathologie*, 1, 191-200.
- Winnicott, D. W. (1971). La créativité et ses origines, clivage des éléments masculins et féminins chez l'homme et chez la femme. In *Jeu et Réalité*. Paris : Gallimard.
- Yarom, N. (2005). *The matrix of hysteria : Psychoanalysis of the struggle between the sexes as enacted in the body*. London & New-York : Routledge.
- Zetzel, E. (1968). The so-called good hysteric. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 256-260.

