

Paul Verhaeghe

UNIVERSITEIT GENT
SEMINARIE EN LABORATORIUM
VOOR
GEWASSTE PSYCHOLOGIE
H. VANACKELBEEN
Prof. Dr. J. Dunantlaan 1
9000 GENT (091) 254100

**Hysterie in het spanningsveld
man (therapeut) - vrouw
(patiënte)**

Wanneer men het gros van de wetenschappelijke artikelen en studies over hysterie bestudeert, dan moet men zich wel verwonderen over de zeer uiteenlopende en vaak contradictorische beschrijvingen. Wie de 'essentie', het 'wezen' van de hysterie in een beschrijving probeert te vatten wordt geconfronteerd met de moeilijkheid dat de hysterische patiënt op elk ogenblik van zijn ziektegeschiedenis welk symptoom dan ook kan vertonen.

Hierop zijn twee reacties mogelijk. Ofwel denkt men dat de hysterie nog niet voldoende bestudeerd is en dat de uiteindelijke, uitputtende definitie later wel volgen zal. Ofwel - en dit is nu 'in' - gooit men het concept overboord en schreeuwt men luidkeels dat de hysterie niet bestaat.

Beide reacties, ogenschijnlijk tegengesteld, zijn fundamenteel solidair, want ze plaatsen de 'fout' in het onderzoeksobject. In het eerste geval is het object moeilijk, in die zin dat het complex en heterogeen is. In het tweede geval gaat men zelfs nog een stapje verder, en beweert men eenvoudigweg dat hysterie niet bestaat, omdat de symptomen sterk uiteenlopen. Aan de *methode* heeft men veel minder aandacht geschonken. Men nam al te vaak het Linnaeus-ideaal over, zonder zich af te vragen of het descripties in se toepasbaar is. De herhaalde mislukkingen van deze poging zetten alleen aan tot een nog meer verbeteren zoeken, of tot negatieve waardeoordelen. Freud daarentegen formuleerde de veronderstelling dat de louter beschrijvende methode zelf wel eens tot falen gedoemd kon zijn. Hij had Charcot in zijn pogingen tot schematisering gehoord: de échte hysterie die ook al uiteenviel in verschillende vormen ('les types') en de afgezwakte vormen ('les formes frustes') die niet alle typische ken-

Een studie van publikaties over hysterie laat blijken dat de methode vaak verkeerd is en aldus tot paradoxen leidt. Het foutieve schuilt in het feit dat men descriptief te werk gaat en hierbij het subjectief geïmpliceerd-zijn van de onderzoeker over het hoofd ziet. Een structurele aanpak toont dat dit geïmpliceerd-zijn neerkomt op het innemen van de Meesterpositie, wat dan door de patiënte aangevallen wordt. De oedipale achtergronden hiervan worden aangetoond binnen het spanningsveld man-vrouw. Het onderkennen van deze dialectiek leidt tot een efficiëntere therapeutische aanpak.

merken vertoonden. Freud vergelijkt Charcots nosografie met Cuviers geschematiseerde benoeming van fauna en flora, maar ook met Adam, die van God de opdracht kreeg alle levende wezens in het Paradijs te benoemen! (GW I, 22) Al in 1893 schrijft hij dan ook: 'Het zuiver psychologische onderwerp verdroeg de uitsluitend nosografische aanpak niet die het bij de Salpêtrière-school kreeg' (ib., p. 34). Dit idee is, bijna honderd jaar later, nog altijd niet doorgedrongen. De studies vertonen op dit vlak een bedroevende heterogeniteit, die we als volgt willen ordenen.

1. In de eerste plaats zijn er onderzoeken waarin men tracht dé hysterie te vatten. Charcot probeerde dat al. De mislukking van dergelijke onderzoeken resulteert echter vaak in de conclusie dat hysterie niet bestaat. Exemplarisch voor deze eerste groep is Slater. In drie opeenvolgende, groots opgezette studies (1961, 1965 a en b) komt hij niet alleen tot de vaststelling dat hysterie niet bestaat, maar besluit hij bovendien dat de zogenaamde

likaties over hysterie laat blijken dat de eerd is en aldus tot paradoxen leidt. Het net feit dat men descriptief te werk gaat actief geïmpliceerd zijn van de onderzoekt. Een structurele aanpak toont dat dit eerkomt op het innemen van de Meester voor de patiënte aangevallen wordt. De oen hiervan worden aangetoond binnen man-vrouw. Het onderkennen van deze een efficiëntere therapeutische aanpak.

nden. Freud vergelijkt Charcots t Cuviers geschematiseerde befauna en flora, maar ook met God de opdracht kreeg alle is in het Paradijs te benoemen! in 1893 schrijft hij dan ook: 'Het logische onderwerp verdroeg de sografische aanpak niet die het ère-school kreeg' (ib., p. 34). na honderd jaar later, nog altijd ongen. De studies vertonen op dit bevende heterogeniteit, die we als rdenen.

3e plaats zijn er onderzoeken acht dé hysterie te vatten. Char-dat al. De mislukking van dergene resulteert echter vaak in de hysterie niet bestaat. Exemplare eerste groep is Slater. In drie le, groots opgezette studies a en b) komt hij niet alleen tot de at hysterie niet bestaat, maar vendien dat de zogenaamde

hysterische symptomen medisch gezien een teken van gezondheid zijn, omdat ze precies de afwezigheid van organische aandoeningen bevestigen! De methodologische zuiverheid van zijn opzet vormt meteen een schijnbare garantie voor zijn eindconclusie: 'De diagnose van "hysterie" is een vermomming voor onwetendheid en een vruchtbare bron voor klinische vergissingen. In feite is het niet alleen een delusie maar bovendien ook een valstrik.' (1965 b, p. 1399) De methodologische zuiverheid bestaat hierin dat de genetische ondergrond wordt opgespoord via het tweelingenonderzoek en dat de persistering van eventuele organische gronden wordt nagegaan in follow-up studies waarbij doelbewust de aandacht voor psychische symptomen wordt uitgesloten. De oorzaak moet worden gezocht in de organische factor. In een gelijkaardig artikel (1967) besluit Whitlock dat de organische factor (hersendysfunctie) centraal staat. Nochtans had hij eerst zijn populatie zorgvuldig geselecteerd zodat zijn conclusie onvermijdelijk was (o.c., p. 148: 'Alhoewel een deel van de te beschrijven gevallen kenmerken vertoonden van de zogenaamde 'hysterische' of 'histrionische' persoonlijkheid, werden er géén gevallen opgenomen waarvan de stoornis uitsluitend in het vlak van de persoonlijkheid viel'). Het resultaat, dat zuiver beschrijvend en hoogst onbevredigend is, leidt tot de hierboven vermelde conclusie.

Bij de onderzoekers die de hysterie proberen te vatten, zijn er evenwel ook die wel dé hysterie vinden. Gachnuchi en Pratt (1973) bekijken de hysterie binnen het psychiatrische ziekenhuis en vinden een min of meer uniform beeld. Zij hebben evenwel eerst alle patiënten uitgesloten die een fysisch-traumatische voorgeschiedenis hadden, dus net het omgekeerde van wat Whitlock deed. Perley en Guze (1962) voeren een op Slater geïnspireerde follow-up studie uit. Hun diagnosecriteria zijn even streng als arbitrair: ze eisen de aanwezigheid van minstens vijftientig symptomen verdeeld over minstens negen van de tien a priori vooropgestelde categorieën. Hun onderzoeksresultaat levert precies het omgekeerde op als dat van Slater: hysterie bestaat niet alleen, het is bovendien een uniform én constant syndroom, vatbaar in termen van klinisch-diagnostische beschrijvingen. Ze moeten helaas ook 'atypische' vormen in rekening brengen, die wel hysterisch lijken, maar overeenkomstig hun criteria dan toch weer niet écht hysterisch zijn (zie dan Charcot met 'les formes frustes'). Ook Lewis (1966) voert zo'n follow-up studie uit over de constantie van de diagnose en besluit eveneens - tegen Slater in - dat er een constantie is, voor zover men hysterie als een 'reactie'

beschouwt (o.c., p. 64). Het prettige van zijn artikel is dat hij in zijn inleiding door een historische afstandsname aantoonde dat beide tegen-gestelde opvattingen - hysterie als dé neurose, versus hysterie bestaat niet - elkaar in de geschiedenis voortdurend afwisselen. Hij citeert hierbij een vijftiental gezaghebbende auteurs in de periode 1874-1966.

2. Naast de onderzoeken die de hysterie proberen te vatten zijn er ook studies die via een beschrijving de hysterie splitsen in kleinere entiteiten. Terwijl de eerste groep door de extreme houding vaak karikaturaal overkomt, is de tweede genuanceerder. Doordat men niet a priori de diversiteit in de onderzoekspopulatie uitsluit, krijgt men uiteenlopende beschrijvingen van hysterie. Vandaar een splitsing in kleinere, klinisch observeerbare entiteiten, die dan wél uniform en constant zouden zijn. Het gevolg is een vermindering van hysterie-diagnoses: men beschikt nu immers over diagnostisch fijnere criteria, terwijl men vroeger slechts vage etiketten gebruikt zou hebben (Chodoff, 1953, p. 75; Satow, 1979, p. 484). Helaas bereiken de auteurs onderling helemaal geen overeenkomst in hun indeling... Zo spreken Chodoff en Lyons (1958) over 'conversiereactie', 'hysterische persoonlijkheid' en 'hysterische persoonlijkheid met conversiereacties'. Trillat (1970) besluit boudweg dat hysterie verscheiden is, zonder de verscheidenheid te benoemen. Lazare, Klerman en Armor (1966) stellen na een literatuurstudie drie verschillende groepen 'personality traits' op die ze aan een factoranalyse onderwierpen. Het resultaat is een vermening van 'orale' en 'hysterische' persoonlijkheid. Zetzel (1968) onderscheidt vier groepen, gaande van de 'true good hysteric' tot de 'pseudo-oedipal and pseudo-genital hysteric'. Kernberg (1967) pleit voor de verdeling in 'hysterisch karakter' versus 'infantiele persoonlijkheid'. Easser en Lesser (1965) voor de 'echte hysterie' versus de 'hysteroïdie', terwijl Su-

Tijdschrift
voor
Psychotherapie

Jaargang 9, 1983/1

Pau! Verhaeghe
Hysterie in het spannings-
veld man (therapeut)-vrouw
(patiënte)

p 31

garman (1979) het houdt bij 'hysterische persoonlijkheid' versus 'infantiele persoonlijkheid'. In recente publikaties duikt het begrip 'hysterische psychose' weer op (Maleval en Champanier, 1977; Maleval, 1981). Deze auteurs horen echter veeleer thuis in de derde benadering.

De werkwijze van de tweede groep van onderzoekers leidt er eveneens toe dat de histerie verdwijnt omdat ze wordt verdeeld in kleine subgroepen. De titel van Satow (1979) is sprekend: 'Where has all the hysteria gone?'. Zij vindt het bovendien een spijtige zaak dat Freud zich voor zijn diagnose alleen op descriptieve symptomen baseerde (o.c., p. 469) en is zeer tevreden dat de moderne analisten daarvan zijn afgestapt en hun diagnose stellen in functie van 'level of object relations, egofunctioning and anxiety'!

3. Tenslotte zijn er een aantal onderzoekers met een structureel-dynamische aanpak. Zij hebben, in tegenstelling tot de twee vorige, wel het pleidooi van Freud gehoord om de nosografische methode te wijzigen. In het voetspoor van Freud en Lacan stellen ze een structureel-dynamische benadering voorop, waarbij men de klinische diversiteit probeert te vatten in structuurbeelden. Mensen zoals Diatkine, Israël, Lempérière, Rosolato, Perrier e.a. hebben hier baanbrekend werk verricht. Onze studie is binnen deze groep gesitueerd.

Uit dit overzicht blijkt dat er meer aandacht nodig is voor de methode. Eén van de meest essentiële fouten van een descriptieve benadering is dat men de plaats en de impact van de beschrijver uit het oog verliest, of onbelangrijk vindt. Hetzelfde geldt ook voor de methodes die we pseudo-verklarend kunnen noemen, pseudo-verklarend naar het anatomisch-pathologisch model, e.g.: 'Dit psychisch syndroom is te wijten aan een stase in de libidineuze organisatie gedurende de orale fase'. We verwijzen hier naar de kritiek van Clavreul (1978, p. 206). Typend bij deze benaderingen is dat men zich kan opstellen als de grote Weter, maar dat men met deze wetenschap op therapeutisch vlak letterlijk niets kan doen. Net zoals Adam-Charcot heeft men namen uitgedeeld, benoemd en daar blijft het dan bij.

De grote Weter, maakt op zichzelf al een deel van de eigen subjectiviteit zichtbaar. Dat was immers wat Freud bedoelde met begrippen als 'onbewuste', 'oedipus' en '(tegen-)overdracht'. Lacan (1973, p. 9 e.v.) volgt hem hierin door in elke wetenschap het subject en zijn verlangens centraal te stellen. Schreef Hegel al niet dat wetenschap de vermenselijking van de we-

reld is? Deze opvatting brengt de positie van de onderzoeker over naar datgene wat net zo goed onderzocht moet worden. Maar de ervaring van het psychoanalytische spiegelpaleis is moeilijker en bedreigender dan dat van het nosografisch gruwelpaleis.

Keren we nu met deze bedenkingen terug naar ons uitgangspunt, de publikaties over histerie. Hierbij springen drie zaken in het oog.

1. In de eerste plaats spreken de onderzoekers elkaar zo dikwijls tegen, dat er geen overeenstemming bereikt kan worden over het zogenaamde wezen van de histerie.

2. Een ander heel opvallend fenomeen is dat de auteurs, ondanks hun objectief-observerende plaats bijna altijd vervallen in morele waardeoordelen, die evenmin uniform zijn als de symptoombeschrijvingen! Gaande van zeer positief: de intelligente, aantrekkelijke hysterica (vandaag JARVISpatiënte genoemd, want het woord histerie klinkt hier verdacht) tot zeer negatief: de walgelijke hysterica. Daartussen zijn alle nuanceringen en combinaties mogelijk. Men krijgt dikwijls de indruk dat men pleidooien vóór of tegen leest die gericht zijn tot een imaginaire rechter van wie dan het uiteindelijke oordeel verwacht wordt... We kunnen dit uitgebreid illustreren met citaten, maar dit zou wel heel wat plaats in beslag nemen. Ik volsta dan ook met te verwijzen naar de vermelde splitsingen bij de tweede groep, splitsingen die vrijwel altijd neerkomen op de oppositie 'goed, echt, volwassen' versus 'slecht, vals, infantiel'. Eén citaat willen we de lezer evenwel niet onthouden: Chodoff en Lyons (1958) komen na een uitvoerige literatuurstudie tot de volgende groep kenmerken als de gemene deler van de hysterische persoonlijkheid:

1. Egoïsme, ijdelheid, egocentrisch, zelfgericht, zelfgenoegzaam.
2. Exhibitionisme, dramatisering, liegen, overdrijven, doen alsof, histrionisch gedrag, onbetrouwbaarheid, pseudologia phantasti-

vatting brengt de positie van over naar datgene wat net zo it moet worden. Maar de erwa-choanalytische spiegelpaleis is dreigender dan dat van het no-elpaleis.

at deze bedenkingen terug naar nt, de publikaties over hysterie. drie zaken in het oog.

plaats spreken de onderzoekers ls tegen, dat er geen overeen-kt kan worden over het zoge- van de hysterie.

zel opvallend fenomeen is dat anks hun objectief-observeren- altijd vervallen in morele waar- evenmin uniform zijn als de rijvingen! Gaande van zeer po- jente, aantrekkelijke hysterica /Spatiënte genoemd, want het klinkt hier verdacht) tot zeer lgelijke hysterica. Daartussen ringen en combinaties mogelijk. rijls de indruk dat men plei- tegen leest die gericht zijn tot rechter van wie dan het uitein- verwacht wordt... We kunnen lustreren met citaten, maar dit at plaats in beslag nemen. Ik met te verwijzen naar de ver- en bij de tweede groep, splitsin- altijd neerkomen op de opposi- volwassen' versus 'slecht, vals, itaat willen we de lezer evenwel : Chodoff en Lyons (1958) ko- voerige literatuurstudie tot de kenmerken als de gemene de- rische persoonlijkheid: elheid, egocentrisch, zelf-ge- roegzaam.

ne, dramatisering, liegen, doen alsof, histrionisch gedrag, aarheid, pseudologia phantasti-

ca, dramatische zelf-voorstelling, aandachts- centrum, simulatie.

3. Ongebreidelde uitstraling van affecten, labiele affectiviteit, irrationele emotionele uitvallen, emotionele grilligheid, deficiënte emotionele controle, uitbreiding van affecten, vluchtige en labiele emoties, prikkelbaarheid, inconsistentie in reacties.
4. Emotionele oppervlakkigheid, fraudulente affecten en oppervlakkige gevoelsbeleving.
5. Wulpsheid, seksualisatie van alle niet-seksuele relaties, openlijk seksueel gedrag, koketterie, provocatief.
6. Seksuele frigideiteit, intense angst voor seksualiteit, mislukking van de seksuele impuls om zich te ontwikkelen tot het natuurlijk doel, seksueel immatuur, seksuele angst.' (o.c., p. 735). Kommentaar overbodig.

3. Een derde punt ligt meer historisch. Het valt op dat door de geschiedenis heen hysterie altijd verbonden wordt met personen die een maatschappelijk gewaardeerde functie belichamen. De verschuivingen in dit verband zijn uitstekend in kaart gebracht door Clavreul (1978) en Wajeman (s.d., *Ornicar Analytica*, no. 1). Oorspronkelijk was hij grosso modo de priester-geneesheer (Asklepios). Dan was het de geneesheer alleen (Hippokrates). In West-Europa werd het de biecht-vader, eventueel de priester als lid van de inquisitie. Gedurende het classicisme werd het ook in onze streken de geneesheer. Nog wat later komt de geneesheer-psychiater, gesymboliseerd in het begrip neuro-psychiatrie. Nu wordt het de psychiater-psychotherapeut. Dit mag natuurlijk niet exclusief bekeken worden: Lourdes heeft nog altijd een sterke aantrekkingskracht, en naar schatting van Israël en Shoenberg wordt de helft van de hysterici nog altijd door omni-practici behandeld.

Deze drie punten willen we nu - in omgekeerde volgorde - nader bekijken, met de bedoeling plaats en impact van de onderzoeker(s) centraal te stellen.

Het derde in de reeks heeft een bepaalde consequentie. Naargelang de maatschappelijk hoog gewaardeerde functie veranderde, trad er ook een wijziging op in de manier waarop men tegen hysterie aankeek. Dit werd al door verschillende auteurs opgemerkt waaronder Lazare, 1971, Pouillon, 1972 en Shoenberg, 1975. Samen met Shoenberg kunnen we stellen dat de relatie tussen hysterica en hulpverlener bepalend is voor de visie op hysterie. Een dokter probeert tot een diagnose te komen in termen van fysio- of neuropathologie (zie Slater en Whitlock), definieert op die manier de ziekte en zal zijn eventuele behandeling ook

daarnaar richten. Een psychotherapeut interpreteert de anamnese in psychogene termen (zie hoger: Gachnoci en Pratt), desnoods in een 'goed' en een 'slecht' zelf. De middeleeuwse exorcist probeert de kwade geest uit te drijven: de ziel is bezeten, maar daaronder schuilt de 'normale' persoon.

Meer nog, de relatie tussen de therapeut (hetzij medicus, priester of psychotherapeut) en de patiënt bepaalt niet alleen de manier waarop men de ziekte bekijkt, maar ook de ziekte zelf in haar uitsingsvorm. Een blik op de evolutie van het fenomeen zal dit verduidelijken. Enerzijds op historisch vlak. Waar zijn de heiligen, de bezetenen naartoe? Ze komen nog wel sporadisch voor, maar epidemieën van heilige bezetenheid kennen we niet meer. Waar is de dramatische 'grande hystérie' van Charcot gebleven? Waar zijn de 'vapeurkes' die in de vorige eeuw zo welig tierden? Dichter bij ons beginnen de hedendaagse analisten zich zorgen te maken over het feit dat ze steeds minder conversiesymptomen te zien krijgen. Anderzijds toont Shoenberg, zij het dan beperkter, met twee gevalsstudies aan dat bij een patiënte de aard van de symptomen (medisch, psychisch) verandert naargelang de hulpverlener zich medisch of psychotherapeutisch opstelt.

Hiermee komen we ongemerkt bij het tweede punt: de morele appreciatie. Wij zijn niet de eersten om te veronderstellen dat de hysterie als het ware mee evolueert met de culturele ontwikkeling. Het lijkt er inderdaad sterk op dat de hysterica symptomen produceert naargelang van de culturele en familiale opgeving. En dan zijn we niet ver meer verwijderd van de 'slechte, schijnheilige' hysterica die op een theatraal-demonstratieve manier symptomen zou simuleren. In de Middeleeuwen kreeg ze er de brandstapel of de heiligennimbus voor, nu wordt ze alleen nog met de vinger nagewezen. Het wordt interessanter wanneer we ons afvragen op wiens vraag de hysterische patiënt zijn

Tijdschrift
voor
Psychotherapie

Jaargang 9, 1983/1

Paul Verhaeghe
Hysterie in het spannings-
veld man (therapeut)-vrouw
(patiënte)
p 33

symptomen produceert. 'Men moet minstens met twee zijn om een hysteric op te bouwen', schrijft Israël (1972, p. 97). Elke vraag creëert een aanbod. Waarom zou dit trouwens alleen voor de markteconomie gelden? Charcot demonstreerde 'zijn' hysteric's voor een aandachtig publiek. Onder hypnose liet hij alle, door hem beschreven fazen van de grote hysterische aanval optreden. Aan de wand van de zaal hing trouwens een prachtige litho waarop ... Charcot met patiënte gedurende de demonstratie. Zijn voorkeurspatiënte (die niet geïnterneerd was, maar ambulantly behandeld werd) liet op haar visitekaartje het volgende drukken: '1 ère patiente du professeur Charcot'. Wie demonstreert hier wie?

'Maar de hysteric is toch uiterst suggestiebel! Dat weten we toch allemaal'. Dit moet dan de ultieme verklaring zijn voor de verscheidenheid van hysterische symptomen. Op een of andere subtiele manier zouden verschillende therapeuten door verschillende tijden heen 'hun' hysteric's een ander symptomenpatroon voorgehouden hebben. De duivelbezweerders zouden demoniakale bezetenheid geproduceerd hebben in de goedgegelovige vrouwen, net zoals Charcot in staat was welk verlammingverschijnsel dan ook op te roepen. Dat het destijds zo rijk geschakeerde symptomenwereldje nu verdwenen is, zou dan kunnen wijzen op het gebrek aan fantasie bij onze therapeuten. De hysteric is ditmaal niet de simulatrice, maar wel suggestiebel-beïnvloedbaar, zwak van persoonlijkheid en zeker geen échte zieke. Maar als het dan toch alleen rond suggestie draait, waarom suggereren de therapeuten hun patiënten dan niet gezond? En waardoor dan die overvloed aan theorieën waartoe hysteric's aanleiding gegeven heeft? Het laatste punt is zeker de moeite waard om er bij stil te staan. Er is geen enkel fenomeen dat tot een zo ruime en zo verschillende theorieopbouw aanleiding gegeven heeft als de hysteric. Hierbij denkt men natuurlijk met een zekere geamuseerde minachting aan de theorie over de zwevende uterus, de vapeurs e.d.m. Maar als we de huidige situatie bekijken, dan zien we nog altijd een uiteenlopende veelheid van theorieën, veronderstellingen en therapeutische benaderingen. Brengen we terloops in herinnering dat Charcot op het einde van zijn carrière een meestal onopgemerkte theoretische wending nam die in feite al zijn voorafgaande opvattingen in elkaar deed storten (zie hiervoor Pichot, 1968), dat het Anna O. was die Breuers werkmethode 'talking cure' noemde, en dat de vrije associatie bij Freud door Emmy von N. ingevoerd werd (GW I, p. 116). Wie was ook weer suggestiebel?

Tenslotte is er het feit dat de hysteric's aanleiding geeft tot de meest gevarieerde theorieopbouw en dat ze bovendien de belangrijkste oorzaak is waardoor theorieën aan het wankelen gaan. Theorieën en therapieën wisselen elkaar af, maar de hysteric's staat haar man... M. Foucault toont aan dat de totale theorieopbouw rond 'la folie et la déraison' op het einde van het classicisme volledig ondergraven wordt door datgene wat vervolgens 'les maladies nerveuses' zal heten: de hysteric's en de hypochondrie (1972, p. 270). Hij vermeldt er ook bij dat er hier een nieuwe impuls gevonden wordt tot moraliserende be- en veroordelingen. Als we dit nader bekijken, dan valt er nog iets op: niet alleen zijn er veel onderling verschillende theorieën, er is bovendien een eigenaardige discrepantie tussen enerzijds een bepaalde, min of meer coherent opgebouwde theorie en anderzijds de bij die theorie aansluitende praxis. Wajeman (s.d., *Ornicar Analytica*, no. 1) beschrijft dit als de kloof tussen 'le médecin comme savant' en 'le médecin comme guérisseur'. Hoe uitgebreid en diepgaand de theorie ook mag zijn, de therapie resulteert vaak in een 'gedragscode', die evenzeer - zonet zelfs méér - geldt voor de therapeut als voor de patiënt. Nemen we twee voorbeelden. R. B. Carter (1853) had in het midden van de vorige eeuw een theorie rond hysteric's die zonder meer interessant genoemd kan worden. De latere Freudiaanse verdringingstheorie, gefocaliseerd op erotische inhouden, is in essentie bij hem al aanwezig. Maar het therapeutische hoofdstuk bevat als kern een 'moral treatment' en houdt een uitvoerige beschrijving in hoe de arts zich moet gedragen. Een citaat hieruit:

'Er wordt een beroep gedaan op de therapeut om in zijn eigen professionele opinie een onwankelbaar vertrouwen te stellen en te handelen volgens zijn overtuiging: zichzelf uit te drukken met een dergelijke overtuiging dat de hopeloosheid van een gevecht met hem hieruit blijkt; ...' (o.c., p. 110).

De re
een c
men
chan
ring
twee
(o.c.,
deze
ver d
bij de
ken:

'Al
mo
beg
(o.

Een c
de ps
recen
linger
prakti
therap
met v
dan e
van d
Ook t
sche o
te ge
blik d
aan k
sche
de on
theori
Reker
en de:
sche
therap
weten
zelf ro
tweed

'Sle
hyst
de v
(W

Met d
metee
theorie
hopelc

Er kon
voorsc
maar z
Hyster
ningsv
versch
zen: de
aan ee
manne
het stri

t feit dat de hystericiteit aanleidendst gevarieerde theorieop-
ovendien de belangrijkste
oor theorieën aan het wanke-
en en therapieën wisselen el-
hysterica staat haar man... M.
an dat de totale theorieop-
lie et la déraison' op het einde
ne volledig ondergraven wordt
t vervolgens 'les maladies ner-
: de hystericiteit en de hypo-
p. 270). Hij vermeldt er ook
n nieuwe impuls gevonden
serende be- en veroordelingen.
bekijken, dan valt er nog iets
jn er veel onderling verschil-
er is bovendien een eigenaar-
: tussen enerzijds een bepaal-
coherent opgebouwde theorie
bij die theorie aansluitende
(s.d., Ornica Analytica, no. 1)
de kloof tussen 'le médecin
en 'le médecin comme guéris-
breid en diepgaand de theorie
: therapie resulteert vaak in een
ie evenzeer - zoniet zelfs méér -
erapeut als voor de patiënt.
: voorbeelden. R. B. Carter
et midden van de vorige eeuw
l hystericiteit die zonder meer in-
nd kan worden. De latere
dringingstheorie, gefocaliseerd
ouden, is in essentie bij hem al
het therapeutische hoofdstuk
en 'moral treatment' en houdt
eschrijving in hoe de arts zich
Een citaat hieruit:
beroep gedaan op de thera-
n eigen professionele opinie
lbaar vertrouwen te stellen en
olgens zijn overtuiging: zichzelf
i met een dergelijke overtuiging
osheid van een gevecht met
lijkt; ...' (o.c., p. 110).

De rest van het hoofdstuk spitst zich toe op
een ontmaskering van de patiënt, tonen dat
men haar 'door' heeft, zelfs uitoefenen van
chantage door ermee te dreigen de ontmaske-
ring aan de familie bekend te maken. Een
tweede voorbeeld vinden we bij Wajeman
(o.c.) die Gilles de la Tourette bespreekt. Ook
deze bespreekt uitvoerig de kwaliteiten waar-
over de arts moet beschikken, met de bedoeling
bij de patiënten een 'autorité morale' te berei-
ken:

'Alle inspanningen van de arts ... zouden er
moeten op gericht zijn de patiënt te doen
begrijpen dat hij competent is in de zaak.'
(o.c., p. 52)

Een derde voorbeeld is in bepaalde opzichten
de psychoanalytische theorie zelf, vooral in de
recent Amerikaanse ego-analytische ontwikke-
lingen ervan. De discrepantie tussen theorie en
praktijk is daar even duidelijk aanwezig. Het
therapeutische doel kunnen we gelijkstellen
met wat we hierboven schreven, al heeft het
dan een andere naam: identificatie met het ego
van de analist.

Ook bij Freud is dit merkbaar: zijn therapeuti-
sche effectiviteit is het grootst geweest tijdens
zijn onzekere zoekjaren, de periode van de gro-
te gevalsstudies, en het geringst op het ogen-
blik dat hij gepromoveerd werd tot Weter. Hier-
aan kan worden toegevoegd dat de therapeuti-
sche sterkte precies schuilde in de voortduren-
de ondervraging van zijn methode, van zijn
theorie en van zichzelf.

Rekening houdend met dit 'traitement moral'
en deze gedragscodes berust het therapeuti-
sche slagen of mislukken op het feit dat de
therapeut een autoriteit belichaamt rond het
weten, een belichaming waarin hij vooreerst
zelf rotsvast moet geloven en waarvan hij in
tweede instantie de hystericiteit moet overtuigen:

'Slechts door het onderwerpen van de
hystericiteit aan de geneesheer kan deze laatste
de volle maat van zijn macht laten gelden.'
(Wajeman, o.c., p. 48)

Met die overtuiging staat of valt de therapie, en
meteen ook de theorie. De diversiteit van de
theorieën doet ons al vermoeden voor wie 'de
hopeloosheid van een gevecht' vooral geldt...

Er komt hier een merkwaardig gegeven te-
voorschijn dat wel dikwijls werd opgemerkt
maar zelden ter discussie gesteld werd.
Hystericiteit ontplooit zich bij uitstek in het span-
ningsveld tussen man en vrouw. Er zijn
verschillende aspecten die in die richting wij-
zen: de essentiële verbondenheid van hystericiteit
aan een maatschappelijk hoog gewaardeerde
mannelijke functie, de morele waardeoordelen,
het strijd karakter van de kuur (vroeger als dus-

danig benoemd, sedert de democratisering ver-
dacht) en het feit dat overdracht niet alleen bij
deze neurose ontdekt werd maar bovendien
gepromoveerd werd tot hét therapeutische
werkinstrument, dit alles wijst in dezelfde rich-
ting. Het gaat om winnen of verliezen met be-
trekking tot een bepaald autoritair weten,
waarbij de inhoud van het weten blijkbaar van
minder belang is dan de overtuigingskracht
eraan verbonden. Waar moet dat weten gesitue-
erd worden en wat kan er gewonnen of ver-
loren worden?

De hystericiteit komt bij iemand die verondersteld
wordt te weten: een geestelijke, een ge-
neesheer, een psychotherapeut, kortom: een
Meester. Ze presenteert een aantal symptomen.
Een arts beschouwt deze als tekens die verwijzen
naar iets, de ziekte, en niet naar iemand, de
zieke. Hij zoekt dit, maar vindt niets: 'functio-
nele stoornissen zonder aanwijsbare organische
grond'. Meester-af, volgende meester. Een psy-
chotherapeut interpreteert de symptomen als
gevolgen van een infantiel trauma, een orale
fixatie e.d.m. De symptomen zijn opnieuw te-
kens die verwijzen naar iets anders, en naarge-
lang de theorie kan dit nogal verschillen. Maar
de therapie mislukt opnieuw ondanks de the-
orie. En als ze lukt, is het heel dikwijls óók on-
danks de theorie, als het ware miraculeus, los
van enige theoretische voorspelbaarheid. Ver-
der dan benoeming, etikettering raakt men niet.
We hebben Adam al genoemd als eerste naam-
gever. Was ook hij het niet die de appel kreeg?
Het weten dat hierin aan bod komt, is een 'ob-
jectief' weten. Het subject wordt per definitie
uitgesloten, in een stilzwijgende overeenkomst
tussen therapeut en patiënt. Het moet gericht
zijn op objectief vast te stellen tekens die ver-
wijzen naar een syndroom, dat organisch of
psychisch bepaald is. Dat het subject van de
patiënt hier een aandeel in heeft, tot daar nog
aan toe, maar de therapeut toch niet! De thera-
peut kan en mag geen tekort vertonen, zijn
morele gedragscode moet hem hierbij helpen.

Tijdschrift
voor
Psychotherapie

Jaargang 9, 1983/1

Paul Verhaeghe
Hystericiteit in het spannings-
veld man (therapeut)-vrouw
(patiënt)
p 35

Maar het feit dat hij geen manco mag vertonen, is dat al niet de bevestiging dat er een is? Daar ligt de kern van de hysteric: de andere, het manco en het verlangen dat eruit voortvloeit.

Om de oorsprong hiervan terug te vinden, moeten we terugkeren naar de oedipale situatie, die 'ideaal' als volgt verloopt. Aanvankelijk leven moeder en kind in een imaginaire, duele eenheid: het leeft. Illusterend hiervoor is de vaststelling dat de vader het gevoel heeft dat hij niet kan doordringen in die eenheid, wat meestal verwoord wordt als: 'Weet je, in het begin voelde ik me helemaal geen vader!'. Het kind is het verlangen van de moeder en omgekeerd. In die zin is er in feite geen verlangen, want alles wordt bevestigd binnen een magische wereld. Dan ervaart het kind geleidelijk dat het géén deel is van de moeder, meer nog, dat de moeder vaak afwezig is. Zij heeft een verlangen dat ergens anders ligt, buiten het kind. Hier treffen we de primaire 'Versagung' aan, het moeten verzaken aan (de eenheid met) de moeder. De triangulariteit wordt geïnstalleerd: moeders verlangen richt zich op de vader. Symbool hiervan is de phallus, als datgene wat verlangd wordt. Het kind ervaart hier zijn eigen tekort via het tekort van de moeder. Binnen de oedipale situatie richt het zich dan tot de vader om daar het tekort op te vullen. Door het incestverbod zal het verlangen van het kind ingesteld worden binnen een toekomstperspectief: later kan het de phallus hebben of krijgen.

Op zo'n manier verloopt een normale oedipale fase, wat door Lacan treffend is beschreven in zijn 'métaphore paternelle'. Metafoor! Het gaat hier niet over anatomische realiteiten, wel om talige structuren. De vader is de phallus niet, maar representeert hem binnen de symbolisch-parentale structuur. Het is die representatie die het geslachts- en het generatieverschil zal installeren. De vader heeft ook een fundamenteel tekort. Het kind zal dit echter pas veel later beseffen, en dan tot nuancing komen. Er is enerzijds de symbolische Vader, wetgever en phallus, en anderzijds de reële vader met zijn tekort, eveneens onderworpen aan de Wet, die hij enkel kan representeren.* Het kind leert ervaren dat zijn vader niet dé beste, dé sterkste, dé slimste is, maar een vader met eigen tekorten en gaven. De appel van de boom van de kennis van Goed en Kwaad, de boom van de Wet, werd door de slang aangeboden die in de boom zat en niet in de man of in de vrouw... De kritiek die Freud voor phallocraat scheldt, heeft deze nuance nooit gezien. Deze critici verwarren penis met phallus, en vergeten dat Lacan en Freud het fundamentele manco zowel

bij man als vrouw situeren, maar wel op een verschillende manier: wat de één tijdelijk hebben kan, kan de andere krijgen. Dat beiden een tekort vertonen, zij het op een verschillende manier, maakt meteen duidelijk waarom hysteric evengoed bij de man voorkomt maar zich daar wel anders uit. Dat tekort ligt aan de basis van het ontstaan van het verlangen, als typisch menselijke dimensie.

Het hysterisch drama is in oorsprong een frequente variatie op de gewone oedipusversie. De vader representeert hier niet meer, hij *is* de phallus, of hij zou het willen zijn of moeten zijn. De moeder heeft hem op grond daarvan gekozen: hij is niet een man, maar *dé* man, de enig mogelijke, de ware, onfeilbaar als Meester. Maar de moeder ervaart vlug dat ook hij faalt. De moeder van de hysterica neemt dit niet. Ze voelt zich bedrogen, verlaten, een slachtoffer. Het kind compenseert haar tekort dat door de vader niet opgevuld kon worden en het zal worden opgevoed binnen een ambivalent discours. Enerzijds toont de moeder voortdurend aan dat de vader niet voldoet, ze probeert hem, demonstreert zijn falen. Anderzijds geeft ze de indruk dat er wel zo'n ideaal bestaat, en dat zij dit moet zoeken. De dochter kan op twee manieren reageren. Ze kan later de moeder wreken voor de haar aangedane vernederingen. De man wordt geprovoceerd, verleid, tot gepositieerde phallus gemaakt, waartoe sommigen zich graag lenen. Vervolgens wordt hij van zijn voetstuk gekiept. De dochter kan zich echter ook tegen de moeder keren, de vader steunen en later falende mannen opzoeken en hen helpen toch het ideaal te bereiken. Het probleem bij deze situatie is dat zij geen positief identificatiebeeld bezit over de vrouw, geen Ich-Ideal, en dat ze het altijd in een derde moet zoeken. Hier duikt dan de welbekende vriendin van de hysterica op.

De klassieke penisnijd moet in dit licht totaal anders bekeken worden. De hysterische vraag richt zich niet zozeer op het willen hebben van

* De 'Wet' dient hier overdrachtelijk beschouwd te worden als het geheel van ge- en verboden waaraan de mens onderworpen is.

de phallus
ik er gee
gaat bij c
phallofoc
drama, m
despeler:
wat hij n
len met d
aardige p
vonden a
tiënten o
het onver
tegengest
zwakke, c
ders, zij h
van verle
werpvade
controle
groep hee
ven. *en is*
gebruiksv
midden in
gen tekort
we mutat
ners van c
senteren l
dere het p
meent zel
neemt so
vrouw ov
meest bek
ken voor
choquere
de man u
hij kon le
hield des
vertwijfel
phallus. In
analoge r
ting. Een
moeder er
partners d
uit dit fal
man teger
nen plaats

Het hysteric
heid uit. I
meteen zo
moeten zi
tekort mo
scenario v
emmer...'
andere pr
Dat het o
gevuld ka
nog toep
het het dr
mer gericht

tueren, maar wel op een
: wat de één tijdelijk heb-
ere krijgen. Dat beiden een
et op een verschillende
en duidelijk waarom
ij de man voorkomt maar
: uit. Dat tekort ligt aan de
an van het verlangen, als
imensie.
a is in oorsprong een fre-
de gewone oedipusversie.
ert hier niet meer, hij /is de
et willen zijn of moeten
ft hem op grond daarvan
een man, maar dé man, de
vare, onfeilbaar als Meester.
vaart vlug dat ook hij faalt.
ysterica neemt dit niet. Ze
, verlaten, een slachtoffer.
ert haar tekort dat door de
l kon worden en het zal
innen een ambivalent dis-
nt de moeder voortdurend
et voldoet, ze provoceert en
onstreert zijn falen. Ander-
druk dat er wel zo'n ideaal
lit moet zoeken. De dochter
ren reageren. Ze kan later de
or de haar aangedane verne-
wordt geprovoceerd, verleid,
challus gemaakt, waartoe
ag lenen. Vervolgens wordt
k gekiept. De dochter kan
len de moeder keren, de va-
er falende mannen opzoeken
a het ideaal te bereiken. Het
situatie is dat zij geen posi-
eld bezit over de vrouw, geen
et het altijd in een derde moet
dan de welbekende vriendin
p.
nijd moet in dit licht totaal
orden. De hysterische vraag
er op het willen hebben van

de phallus, dan wel op: 'Wie of wat ben ik, als ik er geen heb?' (Perrier, 1956). Dat ze dit na-
gaat bij diegenen die wel verondersteld worden
phallofoor te zijn, vormt de eerste akte van een
drama, met als tegenspeler de man. Ook me-
despeler: vaak genoeg pretendeert hij te zijn,
wat hij niet is, geeft hij de indruk samen te val-
len met de Meester-phallus. Vandaar de eigen-
aardige paradox die Easser en Lesser (1965)
vonden als ze de vaders van hysterische pa-
tiënten onder de loupe namen. Voor hen lijkt
het onverklaarbaar dat ze twee ogenschijnlijk
tegengestelde groepen vonden. Enerzijds
zwakke, onderworpen, vaak alcoholische va-
ders, zij het dan nog steeds met een tinteling
van verleiding over hen, maar dan toch weg-
werpvaders. Anderzijds actieve, dominerend-
controlerende en verleidende vaders. De eerste
groep heeft zijn phallische identiteit opgege-
ven, en is binnen het gezin gereduceerd tot een
gebruiksvoorwerp. De tweede groep staat nog
midden in deze identificatie en weigert het ei-
gen tekort onder ogen te zien. Hetzelfde vinden
we mutatis mutandis terug bij de latere part-
ners van de dochter. De meeste hysterica's pre-
senteren hun tekort op zo'n manier dat de an-
dere het probeert op te vullen. De andere, die
meent zelf géén tekort te hebben. Dit spel
neemt soms bizarre vormen aan. De man die de
vrouw overlaadt met geschenken is wel de
meest bekende. De man die minnaars gaat zoe-
ken voor zijn vrouw is maatschappelijk al meer
choquerend. Het dichtst bij de waarheid komt
de man uit een gevalstudie van Israël (1967):
hij kon letterlijk niet meer tot ejaculatie komen,
hield desnoods uren een erectie aan, in een
vertwijfelde poging te zijn wat hij niet was, de
phallus. Impotentie en ejaculatio praecox zijn
analoge reacties, maar dan in omgekeerde rich-
ting. Een andere groep hysterici heeft tegen de
moeder en vóór de vader gekozen. Zij zoeken
partners die al aan het falen zijn, en helpen hen
uit dit falen. Op die manier installeren ze dé
man tegenover wie ze zichzelf als vrouw kun-
nen plaatsen.

Het hysterisch symptoom roept zijn onvolledig-
heid uit. De man weigert dit te erkennen, want
meteen zou hij het eigen manco onder ogen
moeten zien. De spiegel wordt geweigerd, het
tekort moet opgevuld. En dan krijgt men het
scenario van het liedje: 'D'er is een gat in mijn
emmer...' Een vicieuze cirkel waarin de een de
andere probeert te geven wat hij zelf niet bezit.
Dat het om een emmer gaat die precies niet
evuld kan worden, maakt het voorbeeld alleen
og toepasselijker. Wat hierin doorschemert, is
het drama: alle aandacht wordt op de em-
mer gericht en niet op de twee subjecten die er

bij staan.

Doorgaans wordt het symptoom geïsoleerd be-
schouwd, los van de patiënt, en zeker los van
de andere. Gelijktijd speelt men toch in op de
gestelde vraag, want de onderzoeker neemt de
positie in van de Meester, diegene die weet.
Vandaar dan ook de exuberante theorieop-
bouw, die veilig, afstandelijk en zelf-verheffend
is, maar meestal ontdaan van elk therapeutisch
nut. Vandaar ook de hysterica als operatie-ob-
ject. Het aantal operaties bij hysterici is
beangstigend hoog (Gurfein en Israël, 1970).
Meestal begint het bij appendectomie en ein-
digt het bij hysterectomie, helaas zonder
hysterie-ectomie... In beide gevallen wordt iets
opgevoerd waarin een wederzijdse medeplich-
tigheid onuitgesproken en helaas onbewust
blijft. De patiënte krijgt aandacht voor haar
klacht en wordt centraal gesteld. In de tweede
situatie wordt het lichaam, de centrale plaats
waar het tekort zich uitleeft, bovendien nog ex-
plicit benadrukt. De therapeut trekt zich terug
in zijn ivoren theorieën, of demonstreert zijn
praktische vaardigheid. Maar telkens toont de
hysterie aan dat de Meester faalt. De theorie
klopt niet, de operatie resulteert niet in het ge-
wenste effect. Dan komt er een nieuwe theorie,
een volgende operatie...

Psychoanalytisch gezien zal men zich niet meer
richten op het symptoom, wél op het achterlig-
gend discours. Dit komt van de kant van de
ouders, subjectief en transindividueel. De
hysterica ligt verscheurd in het spreken van
haar moeder over haar vader, van haar vader
over haar moeder. Haar verlangen is een ge-
volg van en een reactie tegen het verlangen
van de moeder. De specifieke uitwerkingen
hiervan zullen van subject tot subject verschil-
len, maar de structuur blijft identiek. In de the-
rapie wordt herhaald wat zich daarbuiten al
een aantal keren voordeed: twee personen met
daartussen de emmer uit het bekende liedje.
Nu wordt het de zaak van de analist om zelf
niet binnen dit spel te treden. Via zijn eigen

Tijdschrift
voor
Psychotherapie

Jaargang 9, 1983/1

Paul Verhaeghe
Hysterie in het spannings-
veld man (therapeut)-vrouw
(patiënte)
p 37

analyse moet hij zijn eigen subjectiviteit doorwerkt hebben, waardoor hem zijn positie ten opzichte van de Meester duidelijk geworden is. Het symptoom verwijst hier niet langer meer naar iets, het is geen teken meer, maar een betekenaar. Deze signifiant vormt de metaforische representatie van het verdeelde subject en zijn verlangen. Het beluisteren ervan, samen met de onderkenning van de posities die men elkaar en zichzelf toeschrijft in de overdracht en tegenoverdrachtsrelatie, kan de vicieuze cirkel tussen therapeut en cliënt doorbreken.

P. Verhaeghe,
Henri Dunantlaan 2,
B - 9000 Gent.

Literatuur

- Carter, R. B., *On the pathology and treatment of hysteria*. London: J. Churchill, 1853.
- Chodoff, P., A re-examination of some aspects of conversion hysteria. *Ps.* 1954, 17, 75-81.
- Chodoff, P. en Lyons, H., Hysteria, the hysterical personality and hysterical conversion. *Ps.* 1958, 114, 734-740.
- Clavreul, J., *L'ordre médical*. Paris: Editions du Seuil, 1978.
- Easser, B. en B. Lesser, Hysterical personality: a re-evaluation. *Psychoanalytic Quarterly*, 1965, 34, 390-405.
- Foucault, M., *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Librairie Plon, 1961.
- Freud, S., *Gesammelte Werke, I (1892-1899)*, London: Imago Publishing Co., 1952.
- Gachnoch, G. en P. Prat, L'hystérique à l'hôpital psychiatrique. *Perspectives psychiatriques*, 1973, 44, 17-27.
- Gurfein, L. en L. Israël, Le vieillissement de l'hystérique. *Evol. Psych.* 1970, 19, 365-376.
- Israël, L., L'entourage de l'hystérique. *Confront. psychiat.*, 1968, 1, 147-174.
- Israël, L., *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris: Masson, 1972.
- Kernberg, O., Borderline personality organization. *J. Amer. Psycho-anal. Assoc.*, 1967, 15, 641-685.
- Lacan, J., *Le séminaire, Livre XI: Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse (1964), texte établi par J. A. Miller*. Paris: Editions du Seuil, 1973.
- Lazare, A., G. L. Klerman, en P. J. Armor, Oral, obsessive and hysterical personality patterns. *Arch. gen. psychiat.*, 1966, 14, 624-630.
- Lazare, A., The hysterical character in psychoanalytic theory. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25, 131-137.
- Lewis, A., (Survival of hysteria) Survivance de l'hystérie, traduit par 11^{me} A. Veigneaud. *Evolut. psychiat.*, 1966, 31, 159-165.
- Maleval, J. C. en J. P. Champanier, Pour une réhabilitation de la folie hystérique. *Annales médico-psychologiques*, 1977, 2, 229-272.
- Maleval, J. C., *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris: Payot, 1981.
- Perley, J. M. en S. B. Guze, Hysteria: the stability and usefulness of clinical criteria. *New Eng. J. Med.*, 1962, 266, 421-426.
- Perrier, F., Phobies et Hystérie d'Angoisse. *La Psychanalyse*, 1956, 2, 165-195.
- Pichot, P., Histoire des idées sur l'hystérie. *Confrontations psychiatriques*, 1968, 1, 9-28.
- Pouillon, J., Doctor and patient: same and/or the other? (Ethnological remarks). *The Psychoanalytic Study of Society*, 1972, 5, 9-32.

- Satow, R., Where has all the hysteria gone? *The Psychoanalytic Review*, 1979, 4, 463-477.
- Slater, E., Hysteria 311. *Journal of Mental Science*, 1961, 448, 359-381.
- Slater, E., A follow-up of patients diagnosed as suffering from 'hysteria'. *J. Psychosom. Res.*, 1965, 9, 9-13.
- Slater, E., Diagnosis of hysteria. *British medical journal*, 1965, 1, 1395-1399.
- Shoenberg, P. J., The symptom as stigma or communication in hysteria. *I.J.P.P.*, 1975, 4, 507-516.
- Sugerman, A., The infantile personality: orality in the hysteric revisited. *Int. J.P.*, 1979, 60, 501-513.
- Trillat, E., Regards sur l'hystérie. *Evol. Psych.*, 1970, 19, 353-364.
- Wajeman, G. (s.d.), La médicalisation de l'hystérie. *Ornicar Analytica*, 1, 38-55.
- Whitlock, F. A., The aetiology of hysteria. *Acta Psychiat. Scand.*, 1967, 43, 144-162.
- Zetzel, E. R., The so-called good hysteric. *J.*, 1968, 49, 256-260.

Summary

A survey of a number of publications on hysteria illustrates the paradoxes of the descriptive method. The reason basically lies in the omission of the subjective implications. From a structural point of view, this subjective implication can be coined as the assuming of the Master-position by the therapist. This position will be attacked by the hysterical patient. Its oedipal background is demonstrated within the male-female field of tension. The recognizing of this transference position leads to a more efficient therapeutic approach.