

INTRICATIONS PSYCHO-SOMATIQUES DANS UNE MÉNOPAUSE CHIRURGICALE CHEZ UNE JEUNE FEMME

À PROPOS D'UNE OBSERVATION CLINIQUE

M. SCHACHTER *

Rien n'est plus dramatique dans la vie d'une femme, surtout d'une jeune femme, que de perdre la fonction essentielle de la féminité, les pertes sanguines mensuelles et la libido. Chez la femme mariée, jeune encore, cela peut prendre, dans certaines circonstances, des allures dramatiques, dont on devine facilement le mécanisme.

Nous venons d'étudier une observation qui nous a paru intéressante à cause de sa complexité et des difficultés de diagnostic auxquelles elle a donné lieu.

Mme. Fr. M. est âgée de 38 ans. Mariée, elle a une fille de 16 ans. Son mari est bien portant. Sa profession l'oblige de s'absenter très souvent de sa maison. La maladie actuelle, qui a justifié, d'ailleurs, plusieurs examens faits par divers collègues, remonte à plus de deux ans. À cette date, la malade avait consulté pour les faits suivants: une obésité qui tendait à devenir de plus en plus importante, des maux de tête et enfin, des "états fébriles", de longue durée, sans cause bien précise.

Lorsqu'un collègue nous demanda de voir, avec lui, la malade, nous nous sommes trouvés devant une femme nettement obèse (90 Kgr), mais ayant un teint jeune, frais; elle nous explique, de façon logique, intelligente, qu'elle souffre de maux de tête, sans horaire précis et qu'elle est, pour ainsi dire, toujours fébrile. De plus, elle s'estime "défigurée" par son obésité.

L'analyse détaillée des antécédents nous permet de retenir les données essentielles que voici: jamais d'épisode infectieux ou encéphalitique. Elle n'a jamais eu de fausses couches. La fille est le seul enfant, suite d'une grossesse relativement incidentée (menaces d'avortement, par suite de quelques écoulements sanguins). Après l'accouchement, en raison d'une infection des voies génitales qui s'est mise à trainer trop longtemps, on s'est décidé à pratiquer une hystérectomie et une castration bilatérale. (C'était l'époque antérieure aux sulfamides!). Si les troubles endocriniens consécutifs à la castration ont pu être relativement bien maîtrisés, l'aposition graisseuse résista à toutes les tentatives. L'obésité s'installa chez cette femme qui avait, après son accouchement, un poids moyen de 45 Kgr.

Tout semblait aller bien, lorsqu'il y a environ 2 ans, la malade commença à se plaindre de quelques céphalées et à avoir des "crises de température". Ce dernier symptôme l'inquiéta vivement. Elle fut examinée par plusieurs médecins; on l'a mise en observation dans une clinique seulement parce que, malgré ces crises thermiques, elle ne maigrissait pas (bien au contraire); son appétit restait bon. On avait pensé à toutes sortes de choses, y compris le pithiatisme et la

* Médecin du Comité Français d'éducation et d'Assistance de L'Enfance Déficiente (Marseille).

supercherie. Retenons que cette hyperthermie n'a pas été confirmée dans la clinique où elle resta un certain temps. Quant aux céphalées et à l'obésité qui progressaient, on a pensé, cette fois-ci, à la possibilité d'un processus endocrânien (tumeur de l'hypophyse, en particulier).

Nous l'avons examinée et nous n'avons constaté rien au point de vue neurologique (réflexes, motilité, sensibilité, équilibre, photomoteurs, sphincters étaient intacts). Au point de vue endocrinien: obésité de type hypothalamique (tête, cou, trouc, racine des membres et ventre; sans vergetures striées ni pourprées; la pilosité axillo-pubienne normalement disposée; glandes mammaires assez bien développées). Coeur, poumons, foie et rate: rien d'anormal. Au point de vue des fonctions végétatives: diminution (ou disparition presque) de la libido; soif et faim, normales. Mictions normales. Des radios crâniennes, de face et de profil, n'ont montré rien de précis, sauf le fait suivant: la selle turcique est très finement dessinée; elle est globuleuse, mais ses contours et les apophyses clinoides sont très nettement conformées; les sinus frontaux sont normaux. Le laboratoire a montré azotémie et glycémie normales. Le BW du sang a été, à plusieurs reprises, normal. L'examen ophtalmologique, fait à notre demande, a été totalement négatif: fond des yeux, champs visuel, périmètre (Prof. Ourgaud).

Si nous voulons résumer les données recueillies jusqu'ici, nous dirons que nous nous trouvons devant un banal fait d'obésité de castration avec une céphalée qui peut reconnaître une origine hormonale (polyprolanique?). Les "crises thermiques" ne nous intéressent plus, car elles n'ont pas été vérifiées, ou plutôt, nous avons réussi — en assistant à une telle "crise" — à constater qu'en fait c'est la malade qui se dit fébrile, alors qu'en réalité elle frissonne, "sans raison", pendant quelques minutes et, prenant alors la température, elle constate que le thermomètre marque plus de 38°C!

Le fait que malgré ces "crises" la malade se portait bien et continuait à engraisser, et la morphologie de ces "frissons", nous a laissé une impression nette que, loin d'être en présence d'un syndrome organique neuro-glandulaire, nous trouvons, avant tout — car nous ne voulons pas nier un seul instant l'importance fondamentale, déterminante, des troubles somatogènes, endocriniens — devant un *complexe psycho-somatique* qu'il s'agissait de mettre en lumière.

Nous reconnaissons que nous avons eu des difficultés à faire admettre, par notre collègue, cette façon de voir. Il niait a priori cette possibilité, même lorsque l'ensemble des résultats de nos examens furent négatifs. Nous avons prescrit d'abord de l'ortédrine (amine de reveil) pour lutter contre le besoin excessif de manger (thérapeutique d'inspiration américaine (Freed), et ensuite de l'extrait thyroïdien, en attendant de revoir la malade, afin de pouvoir pousser plus loin les investigations.

Cette occasion s'est présentée plus vite que nous le croyions. Nous avons, effectivement, rencontré la malade chez son médecin et, pour la première fois seuls avec la malade, nous lui avons demandé quelques détails sur sa vie intime, sa vie à la maison, sur le comportement

de sa fille. La réaction de la malade fut inéquivoque; elle commença à nous demander "si c'était bien utile, de le savoir". Devant ces réticences, nous avons estimé plus utile de changer de méthode et de recourir à une sorte de stratagème, en proposant à la malade de la tester, pour "voir si son cerveau se fatigue, ou non, plus vite que d'habitude". C'était ainsi que nous lui avons proposé le test psychodiagnostic de Rorschach, qu'elle a accepté très volontiers. Cette "procédure" nous donna, comme nous le verrons, la possibilité d'aborder, plus facilement et plus directement, l'essentiel des questions que nous ignorions totalement, à savoir, comment une femme qui "souffre" depuis si longtemps, ne fati pas l'impression d'être (essentiellement) une malade.

Au test, elle donna 20 réponses (légèrement moins que la normale: 25). Voilà le résumé du test*:

G	6	sF	14	An	8, soit 40%
D	10	F%	78	Anat.	3, soit 15%
Db	3	K	4	H et Hd	3, soit 15%
Dbl	1	CF	1	Obj.	3, soit 15%
		FC	1	Scène, Grotte et <i>Masque</i> ,	1 de chaque, soit 5%

V% = 15

O% = 0

Type de perception: G — D — Dd — Dbl

Succession: ordonnée

Type de réaction: $\frac{4K}{1CF + 1FC}$, soit $\frac{4}{1,5}$, introversivité.

Remarques: Nous nous trouvons devant un sujet d'intelligence normale (6G, F% 78, 4K, V% et H% 15), mais son introversivité nous a frappée, d'autant plus qu'il s'agit d'une femme jeune; de plus, elle a donné une réponse tout à fait rare, même insolite, à la pl. II, où elle voyait (dans le détail centro-médian, haut) "deux petites têtes appuyées, dos à dos", c'est à dire, des profils seulement. Cette interprétation de profils rares, microdétails, que certains psychologues américains (D. Rappaport, surtout) désignent, ou bien comme *Dr* = détails rares, ou *De* = détails marginaux, indique l'existence d'une note psychique très individuelle, très intime, bizarre même; une sorte de refuge dans les situations insolites. À cela s'ajoute une interprétation "masque", vue à la pl. IX, la planche étant tenue en position vertico-latérale droite, la perception concernant un détail figurant entre le vert et l'orangé. Il est superflu de souligner la signification analytique d'une telle interprétation, qui tend à donner un indice sur l'existence — à l'état inconscient bien entendu — d'une attitude ambivalente. Précisons encore que les 3 interprétations Anat., chez une femme qui n'a aucune prétention scientifique, ni aucun complexe "d'intellectualité", réflète, ainsi que nous le soulignons fréquemment,

* Nous utilisons la nomenclature française de Mme. Loosli-Usteri, de Genève. G= interprétation globale; D= interpr. d'un détail; Dd= petit détail; Dbl= détail intermaculaire; sF= somme des formes; F%= somme des formes valables; K= interpr. kinesthésique; CF et FC= interpr. de couleur-forme ou forme-coul.; An= interpr. zoomorphique; Anat.= interpr. anatomique; H et Hd= interpr. anthropomorphique. V et O= interpr. banale ou originale.

une préoccupation auto-somatique, plus ou moins hypochondriaque, plus ou moins anxieuse, en rapport avec sa structure physique. Ici, évidemment, c'est en relation avec la mutilation, la castration, qu'elle a subie depuis plusieurs années.

C'est l'ensemble de ces données (nous renonçons à l'étude plus poussée de ce test, relativement riche) qui nous a permis de passer immédiatement à une enquête plus complète, en déclarant à la patiente que nous avons acquis la conviction qu'elle nous a caché des choses importantes, qu'elle est plutôt malheureuse, que malade. Ceci fut dit prudemment, en laissant une marge importante au doute. Résultat : la malade éclata en sanglots et nous dit qu'elle était maintenant décidée à nous raconter tout.

Il s'agissait, comme nous le pensions d'ailleurs, d'un véritable drame qui date depuis quelques années déjà. Effectivement, si la castration s'est accompagnée (grâce au traitement hormonal de substitution) de peu de troubles somatiques (bouffées de chaleur, irritabilité, insomnie, constipation) elle a déclenché, par contre, lentement, une sorte d'extinction de la libido. La patiente avoue ne jamais avoir été sensuelle, mais dans les quelques années qui suivirent l'intervention, les rapports sexuels devinrent pour elle un supplice. Elle les "expérimentait" comme une sorte d'agression très pénible, non douloureuse, mais agaçante, même répugnante. Ne sachant comment réagir, elle a cru bon — plusieurs fois — d'en parler à son mari, un sujet moins intelligent, moins compréhensif, que sa femme. Les effets de cette "franchise" furent désastreux. Il lui conseilla d'abord de ne pas faire attention, "que cela reviendra", ou bien "de se montrer plus accueillante, car cela reviendra", ensuite, se rendant compte que sa femme "ne participait" pas, il a obtenu la *permission* de sa femme de voir, de temps à autre, d'autres femmes. Cette permission donnée par la patiente fut le point de départ de souffrances dont on devine l'importance. La malade ne se rendait pas compte jusqu'à quel point cette autorisation a facilité l'éloignement de son mari, qu'elle aime pourtant.

Mais comme une faute entraîne, souvent, une autre, la patiente, qui était toujours "soutenue" par l'affection de sa fille, constata que cette dernière penchait de plus en plus vers son père. Pourquoi? Parce que ce dernier, depuis qu'il avait "officiellement" la "liberté" de certains de ces gestes, ne s'opposait pas lorsque sa fille voulait aller danser ou sortir avec des jeunes gens et des jeunes filles. Ainsi, du conflit des parents concernant "la liberté" de leur fille, résulta pour la patiente une nouvelle source d'amertumes : celle de constater qu'elle était, de plus en plus, *seule*. Donc, lentement et inconsciemment, a pu se développer et s'hypertrophier le sentiment douloureux de ne pas être comprise, ni soutenue par les siens. Comment réagir?

Si l'on examine les faits à la lumière de cette façon de voir, on comprend le refuge, lente et inconscient, dans la maladie, *dans la longue maladie* qui pouvait constituer un mécanisme plus ou moins certain, pour tenter de gagner, à nouveau, les siens, de se les attacher. Seulement, cela ne peut pas durer éternellement et, plus encore, il faut que la malade puisse se dire que la guérison est encore possible. Mais comment arriver à cette conception, à cette croyance?

Après de longues discussions avec la patiente, nous avons cru percer une partie de son véritable "système de défense" psychologique.

Dans un premier stade, elle avait presque failli obéir à un conseil stupide et criminel: une personne (la malade n'a jamais voulu préciser cela) lui aurait conseillé — pour guérir sa frigidity — de chercher un autre sujet de sexe masculin, qui "aurait réveillé sa sensualité". Nous avons insisté sur les graves dangers, réels et psychologiques, que l'application de ce "traitement" aurait entraînés.

Dans un second stade, la malade a fini par se convaincre — et c'est ce qu'elle persiste encore à croire — *que seule son obésité*, installée à la suite de la castration, *est la cause de ses malheurs*, et surtout de la perte de la libido. Donc, elle veut tout faire pour maigrir — même se laisser dans un état de sous-alimentation, qui peut devenir sérieux — afin de pouvoir récupérer le précieux instinct qui, elle le croit, ferait que le mari "revienne à elle, comme autrefois". Il est superflu de souligner que la malade ne réalise pas, complètement, la puérilité de ces suppositions.

Quelle attitude pragmatique adopter devant ce cas?

Nous avons rejeté la conception d'un praticien, qui se désintéressant totalement de l'aspect psychosomatique de ce cas, prétend que la thérapeutique endocrinienne (thyroïde, actuellement) réalisant un arrêt pondéral d'abord et une chute, ensuite, soulagera la malade, qui reprendra ainsi la confiance en elle-même. Effectivement, la malade a maigri de 2 Kg. et elle sait que, du point de vue qui l'intéresse et qui est le seul à compter, rien n'a changé. La chose ne serait, d'ailleurs, pas possible. Mais, pouvons-nous affirmer qu'ayant perdu plusieurs kilogrammes (sa frigidity n'est pas seulement organique, il faut bien le souligner!) la situation ne changera pas, car dans ce ménage un grand mal a été consommé: celui de l'autorisation obtenue par le mari, de faire ce qu'il veut, sans "détruire", par autant, la cohérence apparente de son ménage; or, le mari tient d'autant plus au maintien du foyer conjugal qu'il ne veut pas rendre "malheureuse" sa fille et même sa femme.

L'ensemble de ces considérations nous a incité à dire à la patiente toute la vérité sur la puérilité de ses faux espoirs. Par contre, nous

lui avons montré combien il était utile d'essayer de comprendre clairement sa situation actuelle. Comme elle reconnaît, elle même, qu'elle n'est pas torturée par les questions sexuelles, il vaut mieux accepter la situation actuelle et *renoncer* à être malade; renoncer à s'imaginer que la "guérison" de l'obésité peut lui rendre des choses définitivement perdues; être aimable et franche avec son mari et attendre (?) des marques de sympathie de sa part; enfin et surtout, elle doit chercher à reprendre son travail (sa profession manuelle, qu'elle exerçait avant son mariage) ou bien n'importe quel autre travail ou activité sociale à caractère philanthropique, par exemple, qui pourra lui procurer des satisfactions psychiques compensatrices. Plus encore, elle doit modifier son attitude envers sa fille, *avec* laquelle elle doit s'efforcer de sortir fréquemment et qu'elle doit libérer de la contrainte inutile et mal comprise. Elle gagnerait ainsi l'affection de son enfant, qui, quelques années plus tard, la comprendrait mieux et deviendrait son soutien moral. La malade semble vouloir adopter cette attitude; elle a exprimé sa satisfaction de savoir qu'elle connaît maintenant "toute la vérité", la concernant.

Nous ne voudrions pas clore ce débat, sans rappeler encore quelques détails sur l'utilité de l'exploration psychologique au test de Rorschach des malades dont les manifestations somatiques nous apparaissent insuffisamment claires, insuffisamment fondées, comme ce fut le cas de notre malade. Nous avons précisé que l'analyse de l'évolution des troubles chez cette malade et la négativité de toute une série d'investigations cliniques et de laboratoire, y compris l'exploration radiologique, nous a incités à nous convaincre de l'existence d'un complexe psychosomatique, derrière cette banale céphalée, chez une obèse castrée précocement.

Pourtant, et c'est cela que nous voulons souligner, ce ne fut qu'après l'avoir soumise au test, et à *cette occasion*, que nous avons trouvé, en quelque sorte, les questions que nous devons poser — avec le maximum de chances — à notre patiente. Notre tentative antérieure à ce test s'est montrée inefficace. Et ceci est valable, en ce qui nous concerne, pour bien d'autres malades. Aussi, avons-nous adopté, depuis un certain temps, cette attitude que le malade ne considère pas du tout insolite; nous discutons longuement et nous écoutons attentivement les plaintes du malade. Nous passons à l'examen clinique et vers la fin seulement nous proposons, selon le cas, selon le niveau psychologique ou affectif du sujet, le test de Rorschach qui, chez le malade auparavant réticent, nous permet de passer en quelque sorte "à l'attaque". Cette fois-ci, ou bien les données du test nous permettent de poser une question précise, ou bien — cela arrive plus souvent — nous usons du

stratagème qui consiste à dire à la malade précisément ce que nous voudrions qu'elle nous dise. Le sujet est, le plus souvent, très frappé par cette "connaissance" du clinicien-psychologue et, comme dans le cas présent, il s'offre à dire des choses qu'il aurait passé volontairement, ou non, sous silence. Mais, pour user de cette méthode, il faut, de toute évidence, connaître d'abord, aussi sérieusement que possible, *le malade*, ensuite il faut posséder *la méthode*, ce qui n'est pas facile, si l'on n'a pas une longue pratique avec des sujets normaux, des deux sexes. En effet il ne faut que le clinicien propose au malade une interprétation impossible, invraisemblable, car, s'il s'agit d'un sujet intelligent, il peut s'exposer à un blâme et à un échec.

Dans le cas de notre patiente, nous avons retenu attentivement les 3 interprétations anatomiques; elles sont, disons-le, insolites à ce taux, chez une femme qui n'a aucune raison valable d'être intéressée par des choses de morphologie. Cependant, il est vrai que les interprétations anatomiques ne manquent pas chez la femme adulte en pleine période de vie sexuelle. Dans un mémoire (en collaboration avec Mlle. Cotte) nous avons mentionné l'existence de ces interprétations chez des femmes normales, dans 22,61% des cas, mais on sait que *la signification d'une statistique est autre que celle d'un cas clinique donné*, dans lequel ces interprétations doivent nécessairement être corrélacionnés avec les autres données du test. Or, notre malade a donné une interprétation insolite, un masque, et un détail-marginal également insolite, ne pouvant pas être interprété comme étant le résultat d'une simple coïncidence. Il y a, ici, trop de "coïncidences", pour ne pas penser que l'on se trouve devant un être humain, qui est dans une situation psychologique spéciale. À cela sont venues s'ajouter les 4 interprétations kinesthésiques, en l'absence totale des interprétations chromesthésiques; chose plutôt rare chez une jeune femme. Une formule *d'introversivité n'est pas* — nos statistiques personnelles le confirment également — *la formule habituelle* de la femme. Nos propres statistiques nous donnent *le rapport esthétique* (M. Monnier), ou encore "Erlebnistypus" suivante: 2,12/5,07, soit une formule d'extratensivité-adaptative, qui est encore plus accentuée chez les prostituées adultes (dans nos statistiques: 0,57/3,02!).

Nous avons insisté sur ces quelques éléments afin de mieux montrer comment l'interprétation rapide et judicieuse du test de Rorschach peut permettre l'accrochage utile du malade, c'est à dire l'approcher avec le maximum d'efficacité.

Doit-on admettre que, dans notre cas, les interprétations anatomiques expriment *l'élément somatique* du complexe psycho-somatique, dont souffre la malade? La chose reste parfaitement possible. Il serait,

toutefois, exagéré de tabler uniquement sur ce fait, pour tirer des conclusions inflexibles. L'intéressant mémoire consacré à ce thème, par Ross (1940), souligne précisément la prudence que réclame l'interprétation anatomique, persévérée ou non, dans le contenu d'un protocole psychologique.

RÉSUMÉ

Description d'une observation clinique d'une malade qui a subi, très jeune (après une seule gestation) une castration et chez laquelle, l'installation d'une importante obésité et d'une chute (ou même disparition) de la libido a entraîné des graves complications d'ordre psychosexuel.

Le sondage psychodiagnostique au test de Rorschach a permis de comprendre la malade et de l'amener à une totale explication. Ainsi, une attitude orthopsychologique a pu être envisagée pour essayer d'atténuer les souffrances morales de la malade.

Le recours au test de Rorschach, comme moyen "d'accrochage" de sujets réticents est discuté, ainsi que la signification qu'il faut accorder à certains stigmates de ce test de psychologie projective.

RESUMO

Descrição da observação clínica de uma jovem paciente, que sofreu (depois de uma única gestação) uma castração e na qual, a instalação de acentuada obesidade e de diminuição (ou mesmo desaparecimento) da libido, ocasionou graves complicações de ordem psicosexual. O exame pelo psicodiagnóstico de Rorschach permitiu compreender a doente e levá-la a uma explicação total. Assim, pôde ser assumida uma atitude ortopsicológica, no sentido de atenuar-lhe os sofrimentos morais. São discutidos o valor do emprêgo do teste de Rorschach como meio de aproximação de indivíduos reticentes, assim como a significação a ser atribuída a certos dados fornecidos por êste teste de psicologia projetiva.

SUMMARY

Description of a clinical observation of young patient who suffered (after only one childbirth) a castration and showed accentuated obesity and decreasing (or even disappearance) of libido which caused grave psychosexual complications. An examination by the Rorschach psychodiagnostic method enabled the physician to understand the patient and give a clear explanation. Thus an orthopsychological attitude could be assumed, to reduce her moral sufferings. The value of the Rorschach test is discussed as means of approaching reticent individuals, and also the meaning to be given to certain data obtained by this projective psychology test.

BIBLIOGRAPHIE

Dellaert, R. et Raveschot, J. — Le test de Rorschach comme méthode de contrôle dans l'analyse de la personnalité. *J. Belge de Neurol. et Psychiat.*, pp. 574-584.

Dellaert, R. — L'analyse structurelle de la personnalité et son importance en clinique. *Ibid.*, pp. 587-593.

Freed, S. Ch. — Psychic factors in the development and treatment of obesity. *J. A. M. A.*, **133**:369-373, 1937.

Loosli-Usteri, M. — Persönlichkeitsdiagnostik. *Schweiz. Ztschr. f. Psychol.*, **2**:5-23, 1947.

Ross, W. D. — Anatomical perseveration in Rorschach records. *Rorschach Res. Exch.* vol. 4, no. 4, 1940.

Ross, W. D. et Ross, S. — Some Rorschach ratings of clinical value. *Rorschach Res. Exch.*, **8**:1-9, 1944.

Schachter, M. — Les raisons psycho-sexuelles de la neurasthénie féminine. *Bull. Médical*, 16 Mai 1936.

Schachter, M. et Cotte, S. — Etude médico-sociale et psychologique de la prostitution (profils rorschachiens). *In études de Neuro-psycho-pathologie infantile*, Fac. II, 1948, Marseille.

Rue Molière, 1 — Marseille, France