

## DIAGNOSTIC : LA DYNAMIQUE HYSTÉRIQUE DE LA PSYCHOSE STRUCTURALE – LE RAPPORT D’UN EXEMPLE

Júlia CATANI<sup>1</sup>  
Maria Inês FALCÃO<sup>2</sup>  
Cristine LACET<sup>3</sup>

**Résumé:** Le présent travail a pour objectif de discuter l’importance du diagnostic différentiel psychologique prenant comme analyse le cas d’une malade de l’Institut de Psychiatrie de l’Hôpital Clinique de la Faculté de Médecine à l’Université de São Paulo. Pour l’évaluation psychologique du diagnostic, on a utilisé des tests spécialisés afin de comprendre le comportement de la personnalité de la malade, distinguant l’hystérie de la psychose. Ces structures se sont basées sur des hypothèses signalées par l’équipe de médecins, de psychologues, de dentistes et d’infirmiers. Le texte analyse les confusions soignant une malade de façon inadéquate, sans prendre en considération les aspects subjectifs de chacun.

**Mots-clés:** (1) Diagnostic différentiel ; (2) Évaluation psychologique ; (3) Hystérie ; (4) Psychose

**Resumo:** O presente trabalho tem como objetivo apresentar e discutir a importância do diagnóstico diferencial psicológico a partir de um estudo de caso atendido no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Para a realização do diagnóstico foi feita uma avaliação psicológica com testes especializados para compreender o funcionamento da personalidade da paciente, de modo a diferenciar a questão da histeria e da psicose. A decisão de ater-se a estas estruturas baseou-se nas hipóteses apontadas pela equipe multidisciplinar (médicos, psicólogos, dentistas, enfermeiros). O texto analisa os riscos de se tratar um paciente de modo inadequado, sem levar em conta os aspectos subjetivos de cada um.

**Palavras-chaves:** (1) Diagnóstico diferencial; (2) Avaliação Psicológica; (3) Histeria; (4) Psicose

### I. INTRODUCTION

---

<sup>1</sup> Psychologue spécialiste en Psychologie d’Hôpital – à l’Hôpital Général au Département de Psychologie de l’Hôpital Général Clinique de la Faculté de Médecine à l’Université de São Paulo (DIP / ICHC-FMUSP) et psychologue spécialiste de la psychopathologie et santé mentale Psychiatrique à l’Institut de l’Hôpital Clinique de la Faculté de Médecine de L’Université de São Paulo. Psychologue clinicienne. Adresse électronique: juliacatani@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Psychologue au Service de psychologie et de neuropsychologie de l’Institut de Psychiatrie à L’Hôpital Clinique de la Faculté de Médecine de L’Université de São Paulo. Professeur Rorschach Society of Sao Paulo et Professeur à l’Université Paulista. Adresse électronique: mi\_falcao@hotmail.com.

<sup>3</sup> Titulaire de maîtrise et prépare de doctorat en psychologie , cabinet médical de l’Institut de Psychologie de L’Université de São Paulo. Psychologue Service de psychologie et de neuropsychologie de l’Institut de Psychiatrie à L’Hôpital Clinique de la Faculté de Médecine de L’Université de São Paulo. Professeur à l’Université Presbiterienne Mackenzie. Adresse électronique: crislacet@yahoo.com.br.

L'exemple que je vous présente a été pris d'un cours de l'Institut de Psychiatrie au cabinet médical de l'Université de São Paulo.

### **Dérangement des formes de sommatisations**

La description des informations suivantes est basée sur le Manuel de Diagnostic et Statistique des dérangements Mentaux (DSM- IV – 2003) et du Classement International de Maladies (CID 10 – 1983).

Le classement des dérangements de sommatisation n'est pas totalement compréhensible tout juste à cause de raisons organiques. Il y a aussi la présence de symptômes douloureux. La susceptibilité de la douleur provoque l'embarras social, fonctionnel et occupationnel. La victime de cette maladie se plaint de tout et présente la difficulté de suivre un traitement.

Il est difficile de faire le diagnostic car la douleur dont les patients souffrent tend à se déplacer dans le corps et plusieurs plaintes sont faites au sujet du même organe. La difficulté des examens confirment les dérangements. En général, il s'agit de malades qui ne se soucient pas de la mort et même se soumettent à des examens de hauts risques. Pour la science jusqu'à présent, les causes de ce dérangement ne sont pas connues au certès. L'étiologie des causes hypothétiques sont dûes à l'hérédité, au milieu social et à l'apprentissage, la psyché reçoit des soins supplémentaires.

En général les plus atteints sont les personnes du sexe féminin dont les plaintes commencent avant la trentaine mais qui durent très longtemps. Les hommes sont moins atteints car ils s'attachent à l'alcool et ne cherchent le support médical que dans des cas extrêmes.

En ce qui concerne le traitement préventif il est fait pour éviter le conflit. Et il serait conseillable des consultations qui se réalisent toujours avec le même medecin pour que les malades puissent établir un bon transfert et se lier à un processus et à un accompagnement psychologique, soignant d'autres sommatisations.

## **II. DÉVELOPPEMENT**

### **L'importance du diagnostic et l'évaluation psychologique**

Le diagnostic a pour objectif de faire une description détaillée d'un problème précis et très important pour la production de nouvelles connaissances. Ce terme a été adopté d'abord par le médecin et, au fur à mesure, par d'autres professionnels (TASMAN et al, 2003).

Pour le psychologue, la pratique du diagnostic est fondamentale pour la compréhension de chaque malade et permet de réfléchir sur l'orientation possible du traitement. L'un des moyens qui sont utilisés pour la conclusion d'un diagnostic c'est l'évaluation psychologique. Pour cela nous nous servons d'entretiens, d'observations cliniques et d'application de tests psychologiques (ARAÚJO, 2007). Pour Ocampo (2005), la décision sur la question d'instrument utilisé avec chaque malade dépend de l'entretien initial basé sur les plaintes de la malade et sur la demande de l'équipe médicale.

Au sein de l'établissement de santé, un diagnostic différentiel est synonyme de partenariat, un processus de l'équipe de médecins, de psychologues, de dentistes et d'infirmiers qui exige la responsabilité de toutes les parties impliquées c'est-à-dire le malade, le thérapeute responsable et l'équipe médicale. Pour la précision du diagnostic il est nécessaire d'avoir de l'expérience clinique, soit une capacité d'écoute expérimentée et l'habilité d'observer, de comprendre et de conclure de sorte que les informations constituent une nouvelle connaissance.

### **Les différences entre le diagnostic structural de l'hystérie et de la psychose**

Le processus du diagnostic a des stratégies différentes, qui varient en fonction des moyens, du processus, de l'objectif, du point de vue théorique et de la vision de l'homme.

Selon Freud (1913) dans son oeuvre: "Sur le traitement initial" les malades névrosés étaient traités comme des psychotiques. Par la psychanalyse, les questions posées par l'analyste sont répondues à travers le discours de chaque individu, et l'on ne peut pas faire de supposition a priori.

Le diagnostic est fait à partir du discours des malades au cours des entretiens préliminaires qui sont importants pour éviter de futures erreurs. Pendant l'entretien il est possible que le malade résiste à parler de certaines choses qu'il juge inappropriées, mais il ne se rend pas compte de ce mouvement. Freud nomme ce processus de "défense" qui protège la psyché d'un conflit. Pour que ce processus puisse être efficace, cette idée de répulsion est remplacée par une autre plus acceptable pour le ou la malade. De ce remplacement de résultats de cette transformation d'idées, il en résulte un symptôme névrosé qui peut émerger dans la conscience.

Quant à l'approche psychanalytique proposée par Lacan, le diagnostic est d'ordre structural et classé comme: névrose (obsessionnelle ou hystérique), psychose et comme perversion. Le travail s'arrête juste à la névrose hystérique et à la psychose.

Un nouveau-né est un corps biologique. Ce qui fait la différence d'une personne névrosée d'un psychotique c'est l'entourage affectif reçu les premières années de vie. Cet entourage affectif et les nominations seront définis par la fonction paternelle et maternelle (DOR, 1989).

Lacan définit le sens du Nom de Père, comme celui qui représente la loi, l'autorité, c'est-à-dire, qui représente l'autre personne dont la responsabilité serait d'établir l'interdiction de l'inceste (le fils désirant la mère). L'autre est considéré comme un trésor important et garanti par le droit d'exercer sa fonction. Il est vu comme une personne complète et cohérente. Le rôle du père est au cœur de la question du complexe d'Oedipe: le père est ici non seulement considéré comme le père symbolique, mais plutôt comme une métaphore, dont le rôle, dans le complexe d'Oedipe, est celui de remplacer le désir de la mère qui est introduit dans la symbolisation.

Dans le cas d'un malade névrosé, il imagine qu'il y ait quelqu'un qui sache ce qu'il veut. Il choisira une personne, qui change selon les circonstances et l'environnement, mais il croit que la personne connaît ses désirs à n'importe quel moment. Le malade croit que

l'autre personne sait quels sont ses besoins en attendant qu'elle lui indique ce qui doit être fait et ce qu'il cherche (CABAS, 1982).

Dans la structure psychotique, l'autre n'est pas reconnu comme quelqu'un qui peut lui offrir une connaissance, mais plutôt comme quelqu'un d'envahisseur. Le malade n'est pas capable de symboliser. Tout ce qui est vu et ressenti demeure sur le plan concret (CECCHINATO et al, 1989).

Cependant pour la structure psychotique la loi n'est pas établie, il y a une faille. Et le psychotique ne supporte pas le manque de sens, il ne supporte pas que l'autre ne dise pas tout. En faisant face à ces phénomènes qui sont propres à la structure et au langage d'autrui, le langage du psychotique utilise des mots dans une tentative de tromper les lois du symbole à travers les phénomènes du langage qui constituent le texte délirant. Le langage du psychotique est constaté dans la parole et l'écrit des malades à travers des néologismes, des phrases interrompues, dans le maniérisme de la disposition de l'écrit, la répétition des lettres, des paroles et des symboles. Dans la psychose la parole et la chose se confondent; les mots gagnent substance, texture, ils deviennent des choses touchantes, qui envahissent le corps.

### **La constitution de l'image corporelle de l'identité du malade**

L'image du corps provient de l'expérience des relations humaines et ce qu'elle provoque en nous. La construction de cette image est renouvelée à tout moment, en considérant les premières expériences.

La constitution de l'image du corps est donnée au fil des années et le développement du bébé. Quand un enfant naît, il dépend d'une autre personne pour être en mesure de survivre. Et avant la naissance, l'enfant reçoit déjà un certain type d'entourage affectif de ses parents, qui n'est pas nécessairement positif.

Selon Winnicott (1983), dans les premières étapes du développement d'une expérience de fusion, une seule psyché pour deux personnes. Le bébé n'a pas l'idée qu'il s'agit d'une unité individuelle, à son avis, il est une extension de la mère. C'est l'autre personne qui permettra de déterminer où commence et où se termine le corps.

Les plaisirs expérimentés dans notre corps sont à travers le regard et le toucher, qui donnent beaucoup de satisfaction. C'est le langage d'autrui qui met à jour l'image du propre corps. Les éléments qui composent l'image elle-même sont fondés dans l'imaginaire et la réalité de l'enfant (COSTA, 2004).

Le cadre culturel est aussi important car il va indiquer les paradigmes qui sont vénérés chaque année, parce que la personne est établie par rapport à autrui, et l'objectif est de susciter l'intérêt de l'autre d'exister ainsi. Toutefois, dans la psychose, il existe des lacunes comme dans le narcissisme qui ne permet pas l'existence de l'autre.

En cas de schizophrénie le symbolisme corporel n'est pas terminé, il n'y a pas eu d'entourage affectif pour ce malade. Ce manque de dévouement aboutira à une non-insertion dans le domaine de la représentation et la symbolisation d'autrui, provoquant ainsi un langage particulier et délirant et qui permettrait de donner sens à ses propres expériences (DOLTO, 2004).

## Méthodologie

Pour réaliser ce travail on a choisi l'étude d'un cas pour discuter et expliquer l'importance du diagnostic. On a fait des entretiens d'anamnèse pour recueillir des données sur l'histoire de vie de la malade et ainsi fournir des renseignements sur elle: comment elle organise ses pensées et transmet ses rapports avec autrui dans la vie.

Afin de procéder à cette évaluation quantitative et plus complète, on a considéré très important d'évaluer les aspects psychologiques ainsi que les intellectuels, à la suite de données spécifiques sur l'histoire (la fille de parents alcooliques, le traitement brutal des enfants, dont l'apport d'alcool et de sous-nutrition, et à l'école les redoublements de classes primaires). Ainsi, pour la recherche intellectuelle, on a administré le WAIS III (Wechsler Adult Intelligence Scale). Maintenant, l'accent sera mis sur la question de la personnalité, un thème central de recherche, où l'on a appliqué le Test des Pyramides Colorées de Pfister et le Test de Perceptions Thematiques (TAT) pour évaluer les aspects psychiques.

On a eu un entretien final avec la propre malade pour vérifier les hypothèses diagnostiquées, quelques questions faites sur son fonctionnement mental qui pourraient être très importantes pour son traitement.

## Le cas d'une expérience

La malade Marília de 57 ans, a commencé son traitement à l'Institut à la suite de tremblements involontaires des mâchoires qui avaient commencé deux ans auparavant et qui ont provoqué la perte de ses dents. C'est-à-dire qu'elle utilise un masque chirurgical continuellement en disant avoir "honte" de l'aspect de sa bouche. Un diagnostic antérieur a résulté comme non-conclusif. La malade a été acheminée, par conséquent, au service de l'Institut de Neurologie et a subi une évaluation psychologique qui visait à évaluer la personnalité.

Marília a été adoptée à l'âge de huit mois, car sa mère biologique avait des difficultés pour la soigner. Pourtant Marília n'a jamais compris les motifs de l'adoption vu que ses autres frères et soeurs étaient restés avec sa mère. Au cours des mois vécus avec sa vraie mère elle était malmenée: mal nourrie, elle recevait beaucoup de boissons alcooliques. Jusqu'à ses quatre ans elle ne marchait pas encore. A l'école elle redoublait souvent ses classes de primaire.

Elle n'a pas eu de contact avec ses parents biologiques. À 14 ans elle a pris connaissance de son adoption à travers le proviseur de l'école ce qui l'a profondément attristée, surtout l'omission des parents adoptifs qui eux, connaissaient sa mère biologique. En 2004 ses premiers problèmes de santé ont apparus, c'est alors que son frère biologique l'a recherchée, mais Marília n'a jamais acceptée de lui parler en le dispensant immédiatement.

Quant à sa vie affective, d'un mariage qui a duré 19 ans, elle a eu six enfants (cinq filles et un garçon), suivi d'un divorce, où l'ex-mari s'est chargé de garder 2 de ses filles les plus adaptées à la vie, et, elle en a gardé les 4 autres. Mais l'une de ses quatre, s'est mêlée à la drogue. Seul son fils était un soulagement et un support affectif pour elle.

Quant à l'adoption, il reste encore des questions qui ne sont pas claires: Marília a raconté que lors de son séjour chez sa famille adoptive, il y a eu beaucoup de querelles entre les parents adoptifs et son père accusé d'avoir eu comme maîtresse la mère biologique de Marília.

Quant à sa vie sociale, Marília suggère avoir peu de rapports sociaux et être sans amis.

### **Évaluation de la Personnalité**

Au cours du traitement, la malade a toujours été très disposée à exécuter les tâches demandées (WAIS-III, Test les Pyramides Colorées de Pfister et TAT). Toutefois, elle s'est inquiétée de l'opinion du psychologue au sujet de son masque qu'elle a tout le temps utilisé pour masquer sa bouche. Mais au cours de l'évaluation, quand on a demandé à Marília d'ôter le masque pour que les gens comprennent mieux ce qu'elle dit, elle l'a fait sans difficultés. Pour l'analyse des aspects affectueux et émotionnels nous avons utilisé des tests projectifs. Nous avons observé, quant à l'évaluation de sa personnalité, un moment d'inquiétude très fort pour Marília dû à la difficulté d'associer le matériel projectif. Malgré cette difficulté initiale, Marília a répondu convenablement en dénotant une manière de fonctionner bien extrovertie et une espèce d'excitation mentale capable d'engendrer des comportements d'agressivité et d'irritabilité.

En règle générale, la malade a de faibles conditions pour gérer ses émotions et elle a des difficultés de s'organiser du point de vue psychique. Et c'est au cours de ces moments qu'elle réagit au contact d'autrui très impulsivement et met en évidence, souvent, une superficialité dans les contacts et l'expression verbale affective. De plus, la stimulation affective peut engendrer le désordre et faire apparaître des aspects plus dissociés de sa personnalité, liés à des périodes très primitives. Au cours de ces moments elle peut perdre le contact avec la réalité ou encore développer des somatisations. À titre d'exemple, la situation de la perte des dents à l'occasion d'affrontement de problèmes à l'époque où il lui a été impossible de connaître son frère biologique.

On a observé, aussi, que les défenses se détruisent quand elle ne peut pas contrôler rationnellement la situation. Il peut émerger des questions et des problèmes plus graves, elle peut se rétracter socialement, présenter des attitudes rigides et même les dissociations dont on a parlé antérieurement.

### **III. CONCLUSION**

On a observé que la malade est consciente de la fonction psychique et non esthétique du masque. Au cours de l'entretien, elle a raconté que les dentistes ont essayé de lui mettre une prothèse dentaire, mais elle sait combien le masque en soi lui est important. Dans les situations affectueusement inquiétantes, elle se désorganise, sans savoir, sans s'apercevoir et surgissent des aspects d'une structure de sa personnalité plus primitive avec un précaire contrôle de l'impulsivité.

Il faut souligner l'importance du diagnostic différentiel. Pour la malade le masque fait partie de son identité et permet un contrôle des aspects destructifs de sa personnalité. Il faut considérer les fonctions symboliques et réelles du masque car si l'on décide qu'elle

ne doit pas l'utiliser, elle va probablement retomber dans le désordre et pourra, ainsi, avoir une rechute psychotique ou alors elle va laisser transborder ce qui est masqué. Et, surtout, les choses qui sont masquées pour elle-même.

Quant au diagnostic il est indispensable d'écouter ce que la malade a à dire et maintenir une écoute très fine, car au cours du processus, Marília présente des éléments qui indiquent combien l'usage du masque est important.

La malade expose des symptômes et des manières pour attirer l'attention d'autrui de façon à faire suggérer des éléments hypothétiques incorrects. Cependant, retirer le masque pour une nouvelle implantation odontologique pourrait avoir d'autres sens. Dans le cas de Marília nous ne pouvons pas parler d'une structure hystérique parce que nous nous serions trompés en confondant des comportements qui peuvent attirer l'attention de l'équipe de santé avec des comportements qui représentent le besoin hystérique d'attention et ainsi nous courons le risque de croire qu'une prothèse ne pourra pas avoir d'implications dans l'évaluation clinique quand Marília pourrait présenter une perte de limites sommatiques et, par conséquent, de limites de l'ego, qui pourraient entraîner une rechute psychotique.

On peut dire que dans la structure psychotique un évènement est vécu de manière concrète et pourtant envahissante. Il semble que cet "accessoire", le masque, permet à la malade une protection contre les situations affectives, ressenties par elle.

Pourtant indépendamment du référentiel théorique de l'équipe médicale, il est très important de diagnostiquer de la façon la plus précise et la plus adéquate possible parce que ces données orienteront la direction prise du traitement de la malade.

#### **IV. BIBLIOGRAPHIE**

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>a</sup> edition (DSM-IV-TR). Washington (DC): APA; 2003.
2. ARAÚJO, M. F. Estratégia de diagnóstico e avaliação psicológica. In: Psicologia: Teoria e Prática. 2007, vol.9 n°2, pp.126-141.
3. CECCHINATO, D. et al. A clínica da psicose. Campinas: Papyrus, 1985.
4. COSTA, J. F. O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo, São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.
5. DOLTO, F. A imagem inconsciente do corpo, São Paulo: Perspectiva, 1984.
6. DOR, J. Introdução à leitura de Lacan. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 203p.
7. FREUD, S. Sobre o início do tratamento (1913). In: Obras Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v.XII.
8. LACAN, J. O Seminário-livro 3. As psicoses (1956b). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

9. OCAMPO, M. L. S. et al. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. 11 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
10. TASMAN, A.; et al. Psychiatry (2nd edition): John Wiley and Sons, Chichester. United Kingdom, 2003.
11. WINNICOTT, D.W. O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.