

# Le caractère paroxysmal

**Martine STASSART**

Notre titre pourrait induire en erreur.

En effet, ce que nous avons à dire ne relève pas essentiellement de la caractérologie ni de la typologie, mais plutôt de la psychopathologie générale.

Il ne s'agit pas de faire de la typologie différentielle en opposant par exemple le caractère paroxysmal aux caractères schizoïde, hystérique, obsessionnel, paranoïaque, pervers etc.

Il s'agit de situer la paroxysmalité dans le champ global de la psychopathologie, de juger de l'utilité d'un tel concept et, si cette utilité se confirme, de l'articuler avec d'autres pour essayer d'en dégager à la fois la spécificité et le sens.

Le concept de paroxysmalité a été introduit dans la psychopathologie par Léopold SZONDI. L'ambition première de SZONDI a toujours été de fonder la psychopathologie comme science, avec ses objets propres et ses lois.

Pour ce faire, il tente de faire la part de l'essentiel et de l'accessoire dans la nosographie psychiatrique de son époque.

Il aboutit à redisposer les choses dans un certain ordre, et ce, à partir du concept de pulsion qu'il emprunte évidemment à FREUD.

Son acte décisif, auquel FREUD s'était refusé, et que personne d'autre n'a jamais accompli, aura été de dénombrer les pulsions, de les agencer entre elles au sein d'un système, de clôturer l'ensemble et d'affirmer que cet ensemble faisait structure, que c'est la structure-même du fonctionnement de l'être humain en tant que l'homme est animé, non par des instincts immuables, comme l'animal, mais par un jeu de pulsions dont le destin est imprévisible, ce qui fait que l'homme ne reçoit pas seulement sa détermination de la nature, mais des lois qui président à son destin, des lois, faut-il le dire, qui sont d'une complexité extrême dans la mesure où, comme disait NIETZSCHE, l'homme est « l'animal qui n'est pas encore fixé », dans le sens d'une espèce pas bien définie, pas bien déterminée.

C'est pour cela que l'humanité est une espèce qui n'a pas seulement une histoire mais qui a aussi un destin parce qu'elle a le pouvoir de progresser mais aussi de régresser .

Bref, pour SZONDI, les maladies psychiques ou mentales ne sont pas des maladies du cerveau ou de l'esprit mais des maladies pulsionnelles.

Quand il produit son système des pulsions, SZONDI en distingue quatre, qu'il juge fondamentales.

Ce sont :

- la pulsion du Contact ( C )
- la pulsion Sexuelle ( S )
- la pulsion des affects, appelée Paroxysmale ( P )
- la pulsion du moi ( Sch), sch correspondant ici aux trois premières lettres de schizophrénie.

Les pulsions, FREUD l'avait déjà dit, ne sont pas identifiables en elles-mêmes. On ne peut les reconnaître qu'à travers leurs manifestations extrêmes, lorsqu'elles se dissocient d'une totalité où elles étaient censées faire bon ménage avec les autres. C'est la démesure d'une revendication pulsionnelle qui déséquilibre la structure.

Par exemple, puisque nous parlons du sujet paroxysmal, le besoin de se venger ou, à l'inverse, de réparer, de se racheter par ses mérites, ces besoins peuvent être si forts qu'ils orientent toute la destinée d'un sujet, faisant parfois la grandeur de cette destinée, mais parfois aussi sa misère, le rendant malade ou fou, infernal pour lui-même et pour les autres.

Si nous envisageons les quatre grandes pulsions ou les quatre vecteurs pulsionnels (comme SZONDI les appelle), nous pouvons dire que :

Les troubles du Contact sont les troubles de l'humeur, que nous appelons **thymopathies**, représentés à l'extrême par la manie et la dépression ;

m et d, initiales de **manie** et **dépression**, deviennent les deux facteurs constitutifs du vecteur du Contact ; les troubles du contact sont les troubles de l'humeur qui sont des troubles de notre relation fondamentale au monde environnant, troubles de l'accordement (au sens musical du terme) au rythme de la vie, troubles du rapport à l'ambiance ; la mauvaise humeur, pour dire les choses simplement, est une humeur désaccordée.

Les troubles sexuels sont les **perversions** ;

le déséquilibre pervers se produit quand toute la vie est dominée par le désir de posséder pleinement l'objet sexuel, lorsque la jouissance devient le seul but ou le but suprême ; les représentants prototypiques de la perversion sont l'**homosexuel** et le **sadique**.

Les troubles paroxysmaux sont les **troubles névrotiques**.

Evidemment, la définition que Szondi se donne de la névrose n'est pas celle de tout le monde. Pour Szondi, les troubles névrotiques au sens strict, sont ceux qui interviennent dans la vie des affects et qui se manifestent bruyamment par des crises, par des paroxysmes, d'où dérive le concept de paroxysmalité ;

mais qu'est-ce qui produit les affects ?

c'est, dit Szondi, non pas la relation à l'objet ou à l'ambiance mais la rencontre toujours surprenante et inmanquablement conflictuelle avec le principe de la Loi et des deux grands interdits fondamentaux que sont l'interdit du meurtre du père et l'interdit de l'inceste ; autrement dit l'Oedipe ; la référence à la Loi comme régulatrice de la vie des affects permet de faire un rapprochement entre Szondi et Lacan ; les représentants prototypiques de la névrose, définie comme état de crise plus ou moins permanent sont, pour Szondi, non pas l'obsessionnel et l'hystérique, comme c'est le cas chez FREUD, mais l'épileptique et l'**hystérique**, c'est-à-dire ceux qui réagissent violemment à la crise (oedipienne) en faisant précisément des « crises ».

Enfin, les troubles du moi sont ceux qui concernent l'ontogenèse du moi, son autoconservation et la destruction du rapport du sujet à soi-même qui conduit aux formes extrêmes des troubles de l'identité rencontrés dans la **psychose** et plus particulièrement la Schizophrénie dont les figures prototypiques sont celles du **katatonique** et du **paranoïaque**.

## La paroxysmalité.

Nous ne pouvons pas aborder la question de la paroxysmalité sans faire ce bref rappel de ce qui est au coeur de la théorie szondienne.

En couplant épilepsie et hystérie, SZONDI va à contre-courant de son époque mais il s'inscrit par contre dans la continuité d'une tradition qui remonte à Hippocrate, pour qui l'épilepsie était à l'homme ce que l'hystérie est à la femme.

Si l'hystérie a toujours été mise en rapport avec des troubles de la vie sexuelle et plus précisément de l'utérus frustré qui, ne recevant pas ce qu'il réclame, s'agite dans le corps de la femme comme un lion en cage, Hippocrate rapprochait également l'épilepsie de la mélancolie, considérant que dans l'épilepsie, l'humeur noire, la bile, la colère stagnante finissait par se décharger au dehors à travers la crise (qu'on appelait alors le mal d'Hercule), tandis que dans la mélancolie, toute l'humeur noire reste à l'intérieur et rend l'homme infiniment triste.

Hippocrate avait un génie que les cliniciens d'aujourd'hui ont perdu.

L'électro-choc qui provoque artificiellement une crise d'épilepsie, guérit effectivement la mélancolie, ce qui justifie à deux mille cinq cents ans d'intervalle le bien-fondé de l'opinion d'Hippocrate.

Tout au long de l'histoire de la médecine, on n'a pas cessé tantôt d'associer, tantôt de dissocier l'épilepsie et l'hystérie.

Dans les deux cas, on retrouve, à toutes les époques et dans toutes les cultures, une idée majeure qui est celle de la **possession** par un esprit, bon ou mauvais. Jusqu'à l'époque moderne, on a toujours considéré qu'à travers leurs crises, l'hystérique et l'épileptique transmettaient un message, qu'une voix parlait à travers eux. L'épilepsie a été qualifiée de « mal sacré », l'hystérie de « mal du diable »... Partout, toujours, l'épileptique et l'hystérique ont été convoqués comme devins, oracles, sorciers, médiums ou prophètes. L'idée de possession domine à tel point le Moyen-Age qu'elle constitue la théorie explicative unique des désordres mentaux. Les hystériques et les épileptiques sont tantôt canonisés tantôt voués au bûcher.

Au 18<sup>e</sup> siècle, l'idée de possession est définitivement abandonnée comme obscurantiste mais l'épilepsie, l'hystérie et l'hypocondrie continuent d'être réunies au sein d'une entité nosologique unique qu'on désignait alors poétiquement du nom de « maladie des vapeurs ».

La révolution nosographique qui s'amorce au début du 19<sup>e</sup> siècle et s'accélère vers 1850 va permettre d'affiner la clinique de l'épilepsie d'une manière remarquable. On rapproche la crise de grand mal, connue depuis toujours, du « petit-mal-absence », des équivalents psychomoteurs, de certains troubles du comportement et du caractère, marqués par une alternance d'apathie et d'explosivité, de certaines formes de délires et d'hallucinations, généralement aigus, et de toute une série de troubles fonctionnels somatiques qualifiés d'équivalents épileptiques. C'est la grande époque de la clinique où chacun rivalise dans la sagacité de l'esprit d'observation, la description minutieuse et la classification rigoureuse.

Dans une série d'articles publiés en 1860 dans la « Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie », Bénédicte Auguste MOREL dresse un tableau complet des formes multiples de l'épilepsie, tableau qui garde encore aujourd'hui sa valeur.

Il est remarquable, par exemple, que lorsque Vincent Van Gogh fut hospitalisé pour la première fois, juste après qu'il se fût tranché l'oreille, au début de l'année 1889, le Docteur Félix Rey, le jeune interne qui le reçut au service des urgences de l'hôpital d'Arles, posa immédiatement le diagnostic d'épilepsie sur la seule base du comportement de Vincent, alors que celui-ci n'avait jamais fait et ne fera jamais de crise de grand mal.

Félix Rey connaissait l'oeuvre de MOREL.

L'éternelle question de la parenté entre l'épilepsie et l'hystérie est reprise par CHARCOT qui, du haut de son autorité alors incontestée, déclare que c'est la même affection à quelques nuances près, et crée le concept d'hystéro-épilepsie en 1876. En 1889, il revient sur son opinion, considérant que dans l'épilepsie, le facteur organique, vaguement assimilé à la dégénérescence nerveuse, lui apparaît comme plus important que dans l'hystérie, mais ce n'est qu'une vague impression, reconnaît-il modestement.

N'oublions pas que toute la psychiatrie du XIX<sup>e</sup> siècle, et cela se prolonge jusqu'aujourd'hui, est, dans son écrasante majorité, organiciste, fermement ralliée à la notion de dégénérescence et de constitution ou d'hérédité morbides.

Il faut attendre FREUD pour que la délimitation stricte entre le normal et le pathologique soit relativisée d'une part, et que, d'autre part, le psychologique s'émancipe du neurologique et acquière une relative autonomie, car FREUD, contrairement à ce qu'on croit souvent, reste très attaché à la notion de constitution et d'hérédité. Mais il n'y a pas que ça, ajoute-t-il.

Un événement décisif se produit en 1930, c'est la découverte de l'électroencéphalographie par Hans BERGER.

Il y a là une curiosité épistémologique digne qu'on la médite. Dès que l'épilepsie a pu être **objectivée** à travers des signes non plus cliniques mais électrophysiologiques, elle est devenue la propriété quasi exclusive des neurologues, et les psychiatres s'en sont peu à peu désintéressés.

Il est vrai que l'épileptique est généralement un patient déroutant et dérangeant qu'on n'a pas envie de voir trop souvent. Ceci explique peut-être cela, et que l'épilepsie soit toute entière médicalisée, comme le seront de plus en plus d'autres affections, la schizophrénie, la toxicomanie, la délinquance etc.... bref tout ce qui dérange.

On peut facilement vérifier que l'épilepsie, qui occupait jusque dans les années trente une place importante dans tous les traités de psychiatrie, a fini par en être évacuée. Dans la dernière édition du DSM 4, on chercherait vainement la moindre mention de l'épilepsie. Nous verrons, et c'est par là que nous terminerons, quelles sont les conséquences pratiques de cette totale omission.

Le désintérêt des psychiatres et des psychologues pour l'épilepsie n'a pas été toutefois généralisé d'emblée.

En 1921, Ernst KRETSCHMER avait écrit « Constitution physique et Caractère » (« *Charakter und Körperbau* »), qui allait connaître un immense succès.

Il y jette les fondements de sa typologie bien connue qui oppose cycloïde et schizoïde. Plus tard, il y ajoutera le type ixoïde, synonyme d'épileptoïde, qu'il mettra en rapport avec la constitution athlétique.

En 1928, FREUD écrit « Dostoïevski et le meurtre du père ». FREUD considère la crise de grand mal épileptique comme la manifestation d'un trouble dont l'origine est essentiellement organique.

La crise ne prend un sens et n'acquiert valeur de symptôme, au sens psychanalytique du mot symptôme (formation de compromis entre défense et désir, formation substitutive pour un désir prohibé), que dans un temps second, après-coup. Cela se produit du fait de la **complaisance somatique** qui est une caractéristique hystérique majeure. L'hystérique s'empare de n'importe quelle manifestation physique un peu anormale pour lui conférer un sens qu'elle n'a pas originellement.

Chez l'hystérique DOSTOÏEVSKI, la crise épileptique prend le sens symbolique d'un équivalent suicidaire. Le désir meurtrier dirigé contre le père se retourne contre le sujet qui, à travers la crise, s'identifie au père mort. A l'encontre de FREUD, plusieurs parmi ses premiers disciples, surtout STEKEL et FERENCZI, pensent que la crise épileptique, pour autant bien sûr qu'il s'agisse de l'épilepsie essentielle primaire, non secondaire à une atteinte cérébrale organique, cette crise a **d'emblée** le sens que lui reconnaît FREUD. Notons cependant qu'en 1924, dans « Le moi et le ça », FREUD avait écrit :

« Je soupçonne la crise épileptique d'être le signe le plus évident de la désintrinsication des pulsions, de la dissociation entre la pulsion de vie et la pulsion de mort ».

Implicitement, il reconnaissait alors à la crise épileptique une signification intrinsèque : l'épileptique se tue symboliquement pour n'avoir pas à accomplir son souhait de mort concernant l'objet aimé-haï, c'est-à-dire, le plus souvent, pour le garçon en tout cas, le père.

L'expérience psychothérapeutique avec les épileptiques enseigne finalement que l'épilepsie essentielle a toujours à voir avec un puissant désir de meurtre et une culpabilité tout aussi écrasante qui détermine le retournement autopunitif. Donc l'épilepsie est bien de même nature que l'hystérie : à travers un symptôme de **conversion somatique**, c'est un scénario fantasmatique qui tend à s'exprimer.

Le mécanisme psychodynamique qui est à l'oeuvre dans les expressions symptomatiques de l'épilepsie essentielle est assimilable au mécanisme qui produit le symptôme hystérique. C'est dans les deux cas une formation de compromis qui apporte une satisfaction substitutive pour une jouissance interdite ou impossible. Par ailleurs, ce qu'on trouve au fond de l'hystérie comme de l'épilepsie, sur la scène du fantasme inconscient, c'est le conflit psychique fondamentalement humain qui se noue autour du double interdit du meurtre et de l'inceste, autrement dit le complexe d'Oedipe, « complexe nucléaire des névroses ».

Dans cette optique, l'épilepsie représente la face thanatique mortifère de l'Oedipe, l'hystérie représente sa face érotique.

C'est en définitive ce qui a conduit SZONDI à retenir l'épileptique et l'hystérique comme les représentants prototypes des deux pôles opposés mais étroitement complémentaires de l'Oedipe et donc, par conséquent, du complexe névrotique de base, bien que SZONDI n'invoque pas nommément Oedipe mais, plus radicalement, un triangle homosexuel : Dieu le Père, Caïn et Abel, ce qui, pour le moins, prête à réfléchir.

## Le caractère épileptoïde

A la même époque, dans les années trente, Françoise MINKOWSKA, qui participe autant du courant constitutionnel que du courant phénoménologique, s'intéresse à la « manière d'être au monde » épileptique, au *Dasein* de l'épileptique essentiel.

Sur la base du Rorschach, elle oppose le type épileptoïde ou « glischroïde » (du grec glischros, visqueux, collant) caractérisé notamment par le signe « lien », au type schizoïde où domine la tendance au clivage, signifiée par le signe « Spaltung ». Tandis que le schizophrène et le schizoïde tendent à tout séparer, détruire et morceler, l'épileptique et l'épileptoïde tendent au contraire à tout relier, à tout faire coller ensemble, à tout rassembler, ce que reflètent, au niveau du Rorschach, les caractéristiques majeures de l'attitude objectale du schizophrène et de l'épileptique, le premier étant froid et distant à l'égard des objets, le second se montrant opposant certes, mais en même temps collant et exalté dans ses sentiments.

De nombreux auteurs, surtout allemands et suisses, ont confirmé les observations de Françoise MINKOWSKA.

Ce qu'on repère chez la plupart des épileptiques, c'est l'association constante de signes d'explosivité et de signes glischroïdes, dont le signe « lien », qui vont à l'encontre de la tendance à la destructivité explosive. La différence essentielle entre l'épileptique et le schizophrène, c'est que le premier est en proie à une conflictualité aiguë, paroxysmale, tandis que le second est au-delà du conflit, retraité dans sa position dévitalisée.

Pour son malheur, Françoise MINKOWSKA a émigré en France où elle s'est heurtée aux grands pontifes de la psychiatrie académique, Jean DELAY et Pierre PICHOT, puisqu'on peut les nommer, qui, dans un livre paru en 1957 (*Le test de Rorschach et la personnalité épileptique*, paru aux Presses Universitaires de France), arguant du fait que les phénomènes décrits par Françoise MINKOWSKA se retrouvaient chez certains épileptiques sans doute mais aussi chez de nombreux traumatisés crâniens, ont conclu que les soi-disant signes épileptoïdes n'étaient rien d'autre que des signes d'atteinte organique cérébrale.

Parce que les maîtres ont rendu leur verdict, les travaux si remarquables de Françoise MINKOWSKA sont tombés dans un oubli quasi total. En ceci, son destin posthume est tristement comparable à celui de Léopold SZONDI.

## Paroxysme et adolescence

C'est ici que nous pensons pouvoir, et devoir, apporter une pièce nouvelle à ces affaires supposées classées depuis un demi-siècle.

Dans nos recherches récentes qui portent sur les TAT, Rorschach et Szondi de 30 adolescents âgés de 18-19 ans, nous avons eu la surprise de relever chez plus de 50% de nos sujets, dans une proportion quantitativement importante, la plupart des signes décrits par Françoise MINKOWSKA et les auteurs qui ont vérifié ses travaux.

Il n'est pas possible que ces trente adolescents présumés normaux , et qui le sont pour autant que nous les connaissons, soient pour moitié affublés d'une tare organique cérébrale, et nous réchignons tout autant à les qualifier globalement d'épileptoïdes.

Intriguée par cette question qui était nouvelle pour nous et que nous connaissions mal, nous avons repris un travail de Pierre Jeangille datant de 1990, qui, dans son mémoire de licence , a comparé les tests de Rorschach et de Szondi de 20 épileptiques essentiels, 10 hommes et 10 femmes d'une moyenne d'âge de 23 ans, afin d'examiner si le sexe avait une influence discriminative sur les résultats aux tests. Ce n'est pas le cas. Ce qui apparaît, surtout au test de Szondi, c'est que les hommes comme les femmes ont des caractéristiques viriles-agressives plutôt que féminines-tendres. Ce qui saute aux yeux, pour autant qu'on y soit sensible, c'est la véritable saturation des protocoles du Rorschach, sans qu'aucun sujet y fasse exception, en signes épileptiques ou épileptoïdes. On y retrouve à foison les phénomènes mis en évidence par Françoise MINKOWSKA et les autres auteurs qui se sont intéressés à la question de l'épileptoïdie.

Au test de Szondi, on retrouve la même homogénéité de l'échantillon. Les épileptiques essentiels se caractérisent par une charge agressive-meurtrière très forte mais aussi très contenue au moyen d'un dispositif défensif qui est, sauf rare exception, de type névrotique, c'est-à-dire fondé sur le refoulement et la négation. Par ailleurs, le mouvement de régression pré-génitale qui consiste à rétablir un lien quasi fusionnel avec l'objet est excessivement puissant.

Les résultats des tests de Szondi et de Rorschach concordent pour faire apparaître l'épileptique essentiel comme un sujet qui lutte en permanence contre un fort potentiel sadique-meurtrier, qui tend à développer des formations réactionnelles tout aussi excessives et qui, pour se protéger de sa propre destructivité , régresse dans le sens de la restauration d'une relation symbiotique avec l'objet.

Tous ces traits permettent de rendre compte de la symptomatologie classiquement décrite chez les épileptiques essentiels et les épileptoïdes : explosivité (colères clastiques, violences verbales et physiques) correspondant au retour du refoulé, scrupulosité, esprit de justice et de sacrifice, religiosité en réaction contre la tendance meurtrière, contact collant en rapport avec le besoin fusionner comme réassurance contre le fantasme d'avoir détruit l'objet.

Si plus de la moitié de nos 30 adolescents présentent des signes épileptoïdes comparables à ceux qu'on peut observer chez les épileptiques essentiels, nos sujets ont toutefois une structure de personnalité nettement plus différenciée, plus variée, plus riche, plus plastique que celle des épileptiques. Le phénomène de saturation en signes épileptoïdes ne s'observe que dans 10% des cas environ, alors que c'est la règle chez les épileptiques essentiels.

Quel enseignement pouvons-nous tirer d'une telle confrontation ? Et quelle hypothèse pouvons-nous faire quant à l'importance et à la signification des signes épileptoïdes si fréquemment repérés chez nos adolescents ?

Nous pensons d'abord que ces signes sont révélateurs, non d'une constitution particulière qu'il faudrait qualifier d'épileptoïde, mais d'une **dynamique psychique** que nous qualifions, à la suite de SZONDI, de paroxysmale. Notre hypothèse est la plus simple. Nous ne voyons pas la possibilité d'en évoquer une autre. Les signes dits épileptoïdes où l'explosivité est constamment contrebalancée par la tendance réactionnelle à tout-faire-tenir-ensemble, tout relier, jusqu'à

rejoindre un mode de sentir de type fusionnel, cette dualité traduit , à notre avis, au niveau des réponses au test de Rorschach, le conflit majeur caractéristique de cet âge de la vie où la dramatique oedipienne réactivée est portée à son plus haut degré d'intensité, où l'explosivité destructrice est tamponnée par une extrême crainte de détruire et de perdre l'objet.

Si nous devons radicaliser notre propos, nous dirions que l'adolescence est l'âge du paroxysme, que l'adolescent est par essence paroxysmal.

Et si nous revenons vers les épileptiques essentiels, nous sommes conduits à penser que leur Rorschach, comme leur propension à convulser, témoignent chacun de cette même conflictualité intrapsychique exacerbée.

Peu importe que cette dynamique soit sous-tendue par un terrain constitutionnel, nourrie par l'hérédité ou la psychogénèse. Pour le psychologue clinicien, ce qui importe , c'est de ne pas la méconnaître, et, quand il l'a reconnue, de la traiter à sa juste mesure.

### Le modèle des Karamazov

On ne saurait mieux ressaisir l'ambiance typiquement paroxysmale qu'en se plongeant dans l'univers de Dostoïevski. Il n'y est question que de meurtre, de culpabilité, de rachat et de fusion avec la grande terre russe. Quant à l'homme paroxysmal, nul n'en a plus génialement dressé le portrait que Dostoïevski à travers le prisme de la famille Karamazov. Au plus bas niveau de l'humanité, il y a Smerdiakov, le meurtrier de fait, le bradypsychique qui passe à l'acte sans comprendre la signification de son acte criminel. Il y a le père Karamazov, débauché cynique et pitoyable qui cherche dans l'accomplissement d'une sexualité sans amour le remède au sentiment du néant de son existence. Il y a Mitia, le meurtrier en intention, l'hystérique pathétique qui aurait voulu tuer le père mais qui ne l'aurait pu, tant est grand son attachement homosexuel inconscient à son père. Il y a Ivan, le juriste apparemment impartial, le penseur du droit, qui est en fait le véritable criminel , parce que son discours froid et rationnel en fait l'instigateur du meurtre. Il y a enfin Aliocha, le saint, l'homme de l'éthique, celui qui proclame : « Nous sommes tous coupables, et moi plus que les autres ».

Dans l'homme paroxysmal, il y a ces cinq personnages mélangés en quantité variable, avec, faut-il le dire, sur fond d'absence, l'image insaisissable mais omniprésente jusqu'à l'oppression, de l'objet perdu jamais nommé, la mère trop tôt disparue.

Pour terminer, nous évoquerons modestement notre expérience clinique débutante et celle de la supervision des stages hospitaliers des étudiants de licence en Psychologie clinique. Dans la pratique clinique quotidienne, la symptomatologie paroxysmale est des plus fréquentes. Les gens ne viennent-ils pas nous voir le plus souvent lorsqu'ils sont en crise et parce qu'ils sont en crise ?

Quant à ce qui concerne les stages, il est arrivé très souvent que les étudiants présentent des cas pour lesquels le diagnostic faisait problème, pas seulement pour eux mais aussi pour leurs maîtres de stage et les psychiatres. Face à une symptomatologie déroutante, se posait la question du diagnostic différentiel entre schizophrénie, bouffée délirante, psychose hystérique ou épisode aigu mal structuré. Or, il suffisait d'y penser, dans la plupart de ces cas énigmatiques, la note paroxysmale était dominante, ce que confirmaient régulièrement les résultats aux tests projectifs.

Au plan thérapeutique, le remplacement des antidépresseurs, neuroleptiques ou anxiolytiques par un anticomitial comme la carbamazépine avait souvent le meilleur effet.

## Conclusion

On est amené à constater que depuis que l'épilepsie et toute la pathologie connexe n'est plus mentionnée dans les manuels et traités de psychiatrie, on n'y pense plus, tout simplement. C'est un cas flagrant de forclusion épistémologique.

Or cette pathologie que les psychiatres du siècle dernier ont si minutieusement décrite, sinon analysée, cette pathologie n'a pas disparu, peut-être fleurit-elle plus que jamais en notre temps de crise, ce dont tout le monde convient.

A temps de crise, pathologie de crise. Bosnie, Kosovo, Tchétchénie, Rwanda et Congo nous le rappellent tous les jours au petit écran et chacun tremble à l'idée que demain, ce sera peut-être pour nous.

**La crise naît du refus du dialogue, et de la loi qui est l'instance tierce sans laquelle il ne peut y avoir de dialogue.**

Les paroxysmaux sont des sujets déroutants en raison de la temporalité critique de leurs troubles et de la structure de leur personnalité qui, oscillant entre un pôle épileptique et un pôle hystérique, est portée, comme on sait, à la pathomimie, offrant à voir la panoplie complète des tableaux psychiatriques.

Ainsi, pour reprendre le cas bien connu de Vincent Van Gogh, on a porté sur lui une bonne dizaine de diagnostics posthumes depuis celui de syphilis cérébrale jusqu'à celui de vertige de Ménière.

Pourtant, il ne fait pas de doute que le diagnostic d' « épilepsie larvée » posé par le jeune interne Félix REY était le bon, parce que ce médecin fraîchement promu connaissait l'oeuvre de Morel et qu'à cette époque, être un clinicien, ça voulait dire quelque chose. Vincent lui en fut reconnaissant, il lui offrit son portrait.

L'intérêt pour l'homme et ses formes de souffrance, même s'il revêtait alors une allure entomologique, n'était pas encore gangrené par les techniques objectivantes qui non seulement brisent le dialogue mais le rendent obsolète.

## Bibliographie

BLUMER Dietrich. L'épilepsie de Vincent Van Gogh. Les Cahiers du CEP, 4, 3-10, 1994.

DELAY Jean, PICHOT P., LEMPERIERE Th. et PERSE. Le test de Rorschach et la personnalité épileptique. Paris, Presses Universitaires de France, 1957.

EY Henry. Etudes psychiatriques. Etude n° 26, Epilepsie. Tome 3, 519-652. Paris, Desclée de Brouwer, 1954.

FERENCZI Sandor (1929). L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort. *Psychanalyse* 4, Paris, Payot, 1982.

FREUD Sigmund (1928). Dostoievski et le meurtre du père. Résultats, idées, problèmes. Tome 2, Paris, Presses Universitaires de France, 1985.

JEANGILLE Pierre. L'épilepsie essentielle. Incidence de la différence des sexes. Mémoire de licence en Psychologie. Université de Liège, 1990.

LEKEUCHE Philippe. Karamazov et circuit P de Schotte. Une étude szondienne du chef-d'œuvre de Dostoievski. *Les Cahiers du CEP*, 4, 11-38, 1994.

MINKOWSKA Françoise. Le Rorschach. A la recherche du monde des formes. Paris, Desclée de Brouwer, 1957.

MOREL Bénédicte Auguste. D'une forme de délire, suite d'une surexcitation nerveuse se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie : l'épilepsie larvée. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 7, 836-841, 1860.

STASSART Martine. L'épilepsie essentielle aux tests de Szondi et de Rorschach. *Les Cahiers du CEP*, 4, 95-105, 1994.

STASSART Martine. Evolution psychodynamique à moyen terme de la détermination vocationnelle chez le grand adolescent. Thèse de doctorat en Psychologie, Université de Liège, Faculté de Psychologie, Liège, 1995.

STEKEL Wilhelm. Das epileptische Symptomenkomplex und seine Behandlung. *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 1, Fascicules 5 et 6, 1911.

SZONDI Léopold. *Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik*. Bern, Huber, 1972.

## Résumé

Depuis l'introduction de l'électroencéphalographie en 1930, l'épilepsie et ses « équivalents » ont migré du champ de la psychiatrie vers celui de la neurologie. Il reste qu'un grand nombre de tableaux psychiatriques sont marqués au sceau de la comitialité et sont dominés par ce que Szondi a appelé la « Paroxysmalité ». En intégrant l'épilepsie dans son schéma pulsionnel, Szondi a contribué à la maintenir dans le champ psychiatrique. Les travaux de Szondi au départ de son test ainsi que ceux de Françoise Minkowska sur la base du Rorschach permettent de repérer facilement les signes de cette pathologie « paroxysmale » extrêmement fréquente mais largement méconnue et, partant, mal traitée.

Martine STASSART. Docteur en Psychologie. Faculté de Psychologie, Université de Liège, Sart-Tilman B 33, 4000 Liège, Belgique.