

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

تلمسان الجزائر

Faculté des sciences humaines et des sciences sociales

Département de Sociologie

Spécialité : Mécanismes mentaux et structuration psychopathologique de l'épilepsie

Option : Psychopathologie de l'épilepsie

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Magister

Thème

Les modifications psychiques chez l'adulte épileptique

Présenté par :

Bendiouis Yamina Souaad

Sous la direction de :

Professeur Afifa Attar Mecherbet

Membres du jury

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------|
| - Pr. Yahia Bechlaghem | Université de Tlemcen | Président |
| - Pr. Afifa Attar Mecherbet | Université de Tlemcen | Encadreur |
| - MC (A) Mahmoud Benkhelifa | Université Alger II | Examineur |
| - MC (B) Kouider Ben Ahmed | Université de Mostaghanem | Examineur |

Année universitaire 2012 - 2013

Ce travail a été effectué à l'université Abou Bekr Belkaid, au département de sciences sociales, dans le cadre de la préparation du mémoire en vue d'obtenir le diplôme de magister, option : psychopathologie de l'épilepsie, sous la supervision et l'encadrement du Professeur Afifa Attar Mecherbet, il porte sur les modifications psychiques chez l'adulte épileptique.

Ces recherches n'ont évidemment été possibles que grâce à l'appui et à l'intérêt qui m'ont toujours été accordés. Aussi ce m'est un agréable devoir de remercier tous ceux dont l'aide ne me fit jamais défaut.

Je tiens tout d'abord à exprimer mes remerciements à Madame Afifa Attar Mecherbet, professeur des universités à l'université Abou Bekr Belkaid Tlemcen, d'avoir encadré et supervisé mon travail.

Me profonde reconnaissance à Monsieur Yahia Bechlaghem, professeur des universités à l'université Abou Bekr Belkaid Tlemcen, d'avoir accepté de présider le jury de soutenance.

Ma profonde gratitude à Monsieur Mahmoud Benkhelifa, Maître de conférences à L'université d'Alger II, d'avoir accepté d'examiner la présente recherche.

Mes remerciements vont à Monsieur Benhmed Kouider, Maître de conférence à l'université de Mostaghanem, d'avoir examiné mon travail.

Je suis particulièrement reconnaissante à mes proches, pour les encouragements et les conseils qu'ils n'ont jamais cessé de me prodiguer.

Table des matières

Table des matières

Introduction	07
Première Partie : Structuration psychique et épilepsie essentielle chez l'adulte	
Chapitre 1 : Modification psychique et pathologique de l'épilepsie	
Introduction.....	10
1- Généralités sur l'épilepsie	12
1-1 Etymologie	12
1-2 Définition.....	12
1-3 Epidémiologie	13
1-3-1 La prévalence	13
1-3-2 L'incidence	13
1-4 Classification des épilepsies et syndromes épileptiques	13
1-4-1 Intérêt de classification	13
1-4-2 Classification internationale	14
1-5 Les formes cliniques de l'épilepsie	17
1-5-1 Les crises partielles	17
1-5-2 les crises généralisées	17
2- Processus d'organisation et de structuration psychique	19
2-1 Structure, caractère et pathologie	19
2-1-1 La structure psychique	19
a- Du point de vue topique	19
b- Du point de vue économique	19
c- Du point de vue dynamique	19
2-1-2 Le caractère	21
2-1-3 La pathologie	21
2-2 Pôle d'organisation et structuration du psychisme	23
2-2-1 La structure névrotique	23
a- Définition des névroses	23
b- Caractéristiques des organisations psychiques psychopathologiques	23
c- La lignée névrotique	24
2-2-2 La structure psychotique	26
a- Définition des psychoses	26
b- La lignée psychotique.....	26
2-2-3 L'épileptoïde ou la structure épileptoïde	30
3- Interaction épilepsie et fonctionnement psychique	32
3-1 Les facteurs épileptiques influençant le psychisme	33
3-1-1 La perte du contrôle moteur	33
3-1-2 L'inadéquation entre l'image sociale de l'épileptique et celle qu'il ressent ou vit.....	33
3-1-3 Le déficit des acquisitions	33
3-1-4 La perturbation du temps	33
3-2 Facteurs psychiques influençant le psychisme	34
3-2-1 Le rôle déclenchant des facteurs émotifs ou affectifs	34
3-2-2 La réaction de la famille face à l'épilepsie	34
Chapitre 2 : Troubles psychiques et mécanismes mentaux	37
1- Epilepsie et dépression	37
2- Epilepsie et névrose	32
3- Epilepsie et psychose	32
3-1 Classification des psychoses dans l'épilepsie selon H. EY	40

3-2 L'étude de F. Minkowska sur la psychose épileptique	40
4- Epilepsie et trouble du caractère	42
5- Classification des troubles mentaux de l'épilepsie	43
5-1 Troubles mentaux critiques	43
5-2 Troubles post critiques	43
5-3 Troubles mentaux inter critiques	44
Conclusion.....	45

Deuxième Partie : Méthodologie et démarches d'approches

Introduction	47
Chapitre 1 : Méthodes et outils d'évaluation	49
1- L'entretien clinique	49
2- Le test du Rorschach	51
2-1 Présentation de l'auteur	51
2-2 Présentation générale du test	51
2-3 Application du test	52
2-3-1 consignes	52
2-3-2 l'enquête	53
2-3-3 l'épreuve du choix	53
2-4 Cotation	53
2-4-1 Les localisations	53
2-4-2 Les déterminent	54
2-4-3 Les contenus	55
2-5 Signification symbolique des planches	56
2-6 Le test du Rorschach et l'épilepsie	57
Chapitre 2 : Etude de cas et résultats du Rorschach	60
1- Présentation des cas cliniques	60
1-1 Le premier cas : Mr. A.	60
1-1-1 Biographie du cas	60
1-1-2 La pathologie de l'épilepsie chez Mr. A.	61
1-2 Le deuxième cas : Mr. N.	63
1-2-1 Biographie du cas	63
1-2-2 La pathologie de l'épilepsie chez Mr. N.	64
1-2-3 La symptomatologie du trouble psychotique	65
2- Résultats du Rorschach et interprétation des données cliniques	66
2-1 Le premier cas : Mr. A.	66
2-1-1 Protocole	67
2-1-2 Epreuve complémentaire du choix	66
2-1-3 Résumé numérique	66
2-1-4 les traits saillants	68
2-1-5 interprétation du test	69
2-2 Le deuxième cas : Mr. N.	73
2-2-1 Protocole	74
2-2-2 Epreuve complémentaire du choix	73
2-2-3 Résumé numérique	73
2-2-4 les traits saillants	75
2-2-5 Interprétation du test	76
2-3 Comparaison entre les deux cas cliniques	79
2-3-1 La septième planche	79
2-3-2 La neuvième planche	80

Conclusion	81
Troisième partie : La non décentration réflexive chez l'épileptique adulte	
Introduction	83
Chapitre 1 : Confusion statutaire : amalgame confusionnel entre statut et rôle dans l'épilepsie.....	76
1- Les familles de l'épileptique	85
2- Conflits familiaux et leur impact sur l'épilepsie	87
3- Hyper-protection familiale et évolution de l'épilepsie	90
Chapitre 2 : Les faits de comportements et leur valeur symptomatique dans l'épilepsie	91
1- Indices d'épisodes caractériels chez l'épileptique	92
2- Indice de décentration et états limites	94
3- Indice de constitution épileptoïde chez les deux cas	99
Conclusion	104
Conclusion générale	106

Liste des tableaux

Tab 1 : Classification internationale des crises épileptiques	15
Tab2 : Les psychoses dans l'épilepsie selon H. EY	40
Tab3 : Psycho gramme de Mr.A.	67
Tab 4 : Résumé numérique du psychogramme de Mr A.	66
Tab 5 : Psycho gramme de Mr. N.	74
Tab 6 : Résumé numérique du psychogramme de Mr N.	73
Tab 7 : Comparaison pour la septième planche	79
Tab 8 : Comparaison pour la neuvième planche	80
Tab 9 : La position statutaire de Mr. A. envers son entourage	88
Tab 10 : Les stades et les indices de développement chez Mr. N. selon Piaget	98
Tab 11 : Indices d'égoïsme chez Mr. N.	99
Tab 12 : Indices de constitution épileptoïde chez les deux cas	103

Liste des Figures

Fig 1 : Mode de structuration Névrotique	25
Fig 2 : Mode de structuration Psychotique	28
Fig 3 : Les causes de conflits chez Mr. A. avec les membres de son entourage	89
Fig 4 : Les grands moments de troubles chez Mr. N.	97

Introduction

Introduction

L'épilepsie, ou la maladie sacrée, remonte à la nuit des temps, elle a fait l'objet de nombreuses explications et interprétations. En effet, pendant longtemps, elle a été considérée comme une maladie sacrée, une possession, ou une malédiction qui s'abat sur l'individu, le rendant impuissant et démuné face à la maîtrise de son propre corps.

L'épilepsie est une affection chronique, d'origine diverses caractérisée par la répétition de crises épileptiques, qui représentent l'ensemble des manifestations cliniques en rapport à une décharge électrique, résultant par l'activation simultanée d'une population de neurones.

Il a été beaucoup écrit sur l'épilepsie, et l'on peut observer quelques thèmes itératifs, tel que : le caractère effrayant de la crise, le caractère sacré de la maladie, la nécessité de celui qui en est atteint de cacher son état, mais encore d'autres aspects caractéristiques comme les troubles mentaux et psychiques associés à cette pathologie.

Les relations et les interactions entre crises épileptiques et fonctionnement mental sont fréquentes, plus au moins profondes et toujours très complexes. Les mécanismes sont difficilement rationalisés : angoisse devant l'imprévisibilité des crises entraînant des limitations, isolement dans la vie quotidienne, sentiment de dévalorisation, isolement affectif, sensation de marginalisation à l'origine de difficultés d'insertion sociale et professionnelle.

Il est bien clair que la crise, sur le plan psychologique, est un élément destructurant, dans le temps et l'espace, de sa propre image. On conçoit facilement que ces éléments répétés et vécus ainsi à chaque crise sont susceptibles de créer une angoisse latente ou exprimée plus au moins clairement.

Le but de la présente recherche est d'étudier les modifications psychiques chez l'adulte épileptique, en d'autres termes les changements qui s'opèrent chez les sujets adultes atteints de la pathologie de l'épilepsie, entraînant l'équilibre ou le déséquilibre de la vie psychique.

Nous avons posé les **problématiques** suivantes : Comment s'expriment donc ces modifications ?, sont elles toujours défavorables à l'évolution d'une personne atteinte de l'épilepsie ?, et quel est l'origine de ces modifications ?

Il est communément admis que lorsque les troubles psychiques et l'épilepsie ont parties liées, c'est essentiellement dans le même sens, que celui d'une pathologie psychique « réactionnelle » à la maladie. La pathologie de l'épilepsie influence donc la vie psychique. Elle peut contribuer à l'équilibre ou au déséquilibre de la vie psychique.

Toutefois, si on admet qu'équilibre et vie psychique entretiennent des rapports, il est raisonnable de penser qu'ils s'influencent réciproquement. En d'autres termes, lorsque l'épilepsie contribue au déséquilibre, ou l'équilibre de la vie psychique, on peut émettre **l'hypothèse** que la vie psychique alimente l'épilepsie par un effet de retour, une modification dans l'une entraîne une modification dans l'autre.

A fin de trouver des réponses plausibles aux problématiques décrites ci-dessus, nous avons opter pour la méthodologie clinique qui consiste à l'étude de cas cliniques et la passation de tests psychologiques.

Nous avons contribué à l'étude clinique de deux sujets adultes atteints de la pathologie de l'épilepsie, et cela grâce aux entretiens cliniques avec eux ainsi que leurs familles respectives, et aussi le test du Rorschach, qui nous a été de grandes importance pour l'analyse des cas.

Ce présent mémoire comporte trois parties, comprenant chacune deux chapitres, établis selon un enchaînement bien précis, dont nous faisons un résumé ci-dessus :

- La première partie intitulée : Structuration psychique et épilepsie idiopathique chez l'adulte, elle a pour ultime objectif d'apporter un éclairage théorique sur l'épilepsie et les processus de modification, d'organisation et de structuration du psychisme, ainsi que les différents troubles mentaux et psychiques associés à l'épilepsie.
- La deuxième partie intitulée : Méthodologie et démarches d'approches, cette partie prend en charge les outils cliniques à savoir le test du Rorschach et les cas cliniques
- La troisième partie : La non décentration réflexive chez l'épileptique adulte, cette partie comprend tous les éléments recueillis durant l'étude théorique et clinique dans ce mémoire

Première partie

Structuration psychique et
épilepsie essentielle chez
l'adulte

Introduction

L'épilepsie est la pathologie neurologique la plus connue de la population générale, elle est aussi la plus mystérieuse, fascinante, et compliquée. De part sa complexité et son importance, on la retrouve souvent associée à des troubles psychiques ou mentaux, ce qui contribue encore plus à sa difficulté. Nous essayons dans cette partie d'apporter un éclairage théorique, en premier lieu, sur l'épilepsie en général, et l'épilepsie idiopathique en particulier, vu que nos deux cas cliniques, souffrent de cette forme d'épilepsie. Ensuite, nous aborderons un chapitre dans lequel sont décrit les différents troubles mentaux et psychiques chez les épileptiques, ainsi que des classifications proposées par différents auteurs. Enfin le troisième chapitre sera consacré à la structuration psychique, vu que c'est l'élément central de notre recherche.

Chapitre I

Modifications psychiques et pathologie de l'épilepsie

Chapitre I : Modifications psychiques et pathologie de l'épilepsie

1- Généralités sur l'épilepsie

1-1 Etymologie :

En grec, le mot « épilepsie » ou « épilepsia »¹ signifie : « action de saisir, de mettre la main sur quelque chose, attaque, interception, arrêt soudain ». Il tire son origine du grec ancien : « epilambanein » qui signifie : prendre par surprise.

1-2 Définitions :

Du « *mal sacré* » à « *l'affection neurologique* », les définitions et les interprétations des épilepsies se sont succédées suivant les époques, les cultures et les religions.

L'épilepsie se définit actuellement comme « *une décharge excessive, paroxystique et hypersynchrone d'une population plus au moins étendue de neurones cérébraux* ».

Certes c'est une définition internationale qui n'est nullement contestée, mais il reste des différences d'interprétations concernant les écoles et les disciplines.

Ainsi selon l'école psychanalytique, la crise épileptique est vécue comme un surgissement et un éclatement d'un fantasme laissant le sujet s'absenter de lui-même. En 1919, Freud décrit les moments de l'épilepsie comme une action de folie, comme étant « l'Unheimlich »², c'est-à-dire *l'inquiétant*. Ce surgissement de l'inquiétant a une connotation d'effroyable et qui aurait dû rester de l'ordre du refoulé.

Quand aux psychiatres, H. Ey³ donne la définition suivante : « *ce sont d'une part, les aspects de la déstructuration de la conscience qui sont en rapport avec les crises et les accidents comitiaux, et d'autre part les modifications de la personnalité qui sont éventuellement associées à des troubles* ».

¹ Polard A. ; *l'épilepsie du sujet* ; L'Harmattan, Paris 2004, P 19

² Idem ; P 180

³ Ey H.; Bertrand P.; Brisset C. ; *Manuel de psychiatrie* ; Masson, Paris, 1978, P 329

1-3 Epidémiologie

1-3-1 La prévalence : la prévalence d'une affection est la proportion de la population souffrant de cette affection à un moment donné dans le temps. La prévalence moyenne de l'épilepsie évolutive selon l'O.M.S. l'Organisation mondiale de la santé (c'est-à-dire la présence de crises chroniques, ou rendant nécessaire un traitement), d'après de nombreuses études effectuées dans le monde, se situerait à environ de 6 à 10 pour 1000.

En Algérie⁴, la prévalence de l'épilepsie, c'est-à-dire le nombre total de cas rapporté à 1000 habitants dans la population générale est estimé à 5. Cela signifie donc que, dans la population générale, un individu sur 20 est épileptique au vu des résultats de l'enquête établie en 2008.

1-3-2 L'incidence : l'incidence d'une affection est le nombre de cas nouveaux survenant pendant une période déterminée, généralement une année. Des études menées dans les pays développés suggèrent une incidence annuelle de l'épilepsie d'environ 50 pour 100.000 pour l'ensemble de la population, selon des études menées par l'O.M.S en 2009.

1-4 Classifications des épilepsies et syndromes épileptiques

1-4-1 l'intérêt de la classification

Déterminer un type de maladie épileptique est une réponse à :

- Quelle décision thérapeutique face à telle manifestation ?, faut-il traiter ou non ?, et avec quel traitement ?
- Fixer le pronostic à long terme, déterminer la durée du traitement, savoir si l'arrêt est possible ou non.
- Quelles sont les conséquences socioprofessionnelles ?, l'orientation scolaire qui va déterminer l'activité professionnelle, la prise en charge du patient.

⁴ *Le fascicule de la santé*, N°9, Février 2008, p 13

1-4-2 la classification internationale

La classification des syndromes épileptiques est définie, selon la ligue internationale et précise que l'épilepsie est : « le groupement d'un certain nombre de symptômes et signes apparaissant ensemble d'une manière constante et fortuite ». Les signes cliniques sont les suivants :

- Le type de crises
- Le contexte clinique dans lequel s'inscrit l'épilepsie : âge du début, antécédents familiaux, et personnels, histoire clinique
- Les manifestations neurologiques et extra-neurologiques associées à l'épilepsie.
- Les données électroencéphalogrammes critiques (durant les crises) et inter critiques (entre les crises)
- Les données de l'imagerie

Les bases de la classification des syndromes épileptiques sont constituées par deux axes : symptomatologique et étiopathogéniques⁵.

L'axe *symptomatologique* distingue, comme pour la classification des crises les épilepsies généralisées et les épilepsies partielles.

L'axe *étiopathogénique* distingue :

- Les épilepsies idiopathiques : qui surviennent indépendamment de toute lésion cérébrale.
- Les épilepsies symptomatiques : qui résultent d'une lésion structurelle diffuse ou focale, évolutive ou fixée du système nerveux centrale (ex : traumatisme crânien, accident, accident vasculaire cérébral, alcool, infections).
- Les épilepsies cryptogéniques : dont la cause est cachée, sont présumées symptomatiques d'une cause inconnue qui échappe aux moyens d'investigations.

⁵ Jallon P. ; *L'épilepsie* ; PUF, Paris, 1992

Classification internationale des crises épileptiques ⁶

- I- Crises partielles ou crises débutantes dans une zone corporelle
 - A- Crises partielles à symptomatologie élémentaire (généralement sans altérations de la conscience)
 - 1. Avec des symptômes moteurs
 - (I) Motrice focale y compris les myoclonies épileptiques localisées
 - (II) Jacksonienne
 - (III) Versive
 - (IV) Posturale
 - (V) Somato-inhibitrice
 - (VI) Aphasique
 - (VII) Phonatoire (vocalisation et arrêt de la parole)
 - 2. Avec des symptômes sensitifs ou sensoriels
 - (I) Sensitive
 - (II) Visuelle
 - (III) Auditive
 - (IV) Olfactive
 - (V) Gustative
 - (VI) Vertigineuse
 - 3. Avec des symptômes végétatifs
 - 4. Formes composées (composées implique la réunion de symptômes élémentaires entre eux ou avec des symptômes complexes).
 - B- Crises partielles à symptomatologie complexe (complexe, à l'opposé d'élémentaire, implique une activité cérébrale de haut niveau et organisée). Généralement avec altération de la conscience, peuvent quelques fois débiter par des symptômes élémentaires.
 - 1. Avec altération isolée de la conscience
 - 2. Avec symptomatologie cognitive
 - (I) Avec troubles dysmnésiques (amnésie consciente, déjà vu, déjà vécu)
 - (II) Avec troubles de l'idéation
 - 3. Avec symptomatologie affective
 - 4. Avec symptomatologie « psycho-sensorielles »
 - (I) Illusions (macropsie, métamorphopsie, ...)
 - (II) Hallucinations
 - 5. Avec symptomatologie « psychomotrice » (automatismes)
 - 6. Formes composées
 - C- Crises partielles secondairement généralisées (toutes les formes de crises)

⁶ Geier S. & Houssard-Bouchaud H. « Crise épileptique, épilepsie, épileptique » Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie, 37250 A10, 2- 1981

partielles, à symptomatologie élémentaire ou complexe, peuvent engendrer des crises généralisées, parfois si rapidement que les caractéristiques focales peuvent être inobservables. Ces crises généralisées peuvent être symétriques, toniques ou cloniques, mais le plus souvent de type tonico-clonique).

II- Crises généralisées, crises bilatérales symétriques ou sans début en foyer

1. Absences

(a) Absence simples, avec seulement altération de la conscience

(b) Absences simples, avec d'autres phénomènes associés à l'altération de la conscience

(I) Avec composante clonique (absences myocloniques)

(II) Avec augmentation du tonus postural

(III) Avec diminution du tonus postural (absences atoniques)

(IV) Avec automatismes (absences automatiques)

(V) Avec phénomènes végétatifs

(VI) Comme forme composée

2. Myoclonies épileptiques massives bilatérales

3. Spasmes infantiles

4. Crises cloniques

5. Crises toniques

6. Crises tonico-cloniques (crises grand mal)

7. Crises atoniques. Parfois associées à des secousses myocloniques

(a) De durée très brève

(b) De durée plus longue

8. Crises akinétiques (perte du mouvement sans atonie)

III- crises unilatérales ou crises à prédominance unilatérale

Caractérisées par des convulsions toniques, cloniques, ou tonico-cloniques, avec ou sans altération de la conscience, atteignant un côté ou prédominant d'un côté. De telles crises basculent parfois d'un côté à l'autre mais ne deviennent pas habituellement symétriques.

IV- crises épileptiques non classées

Inclut toutes les crises qui ne peuvent être classées en raison de données inadéquates ou incomplètes.

Tab 1 : Classification internationale des crises épileptiques

1-5 Les formes cliniques de l'épilepsie

1.5.1 Les crises partielles

Par définitions, ces crises impliquent une région anatomiquement ou fonctionnellement bien délimitée. Ainsi les symptômes seront en étroite corrélation avec la zone de la décharge épileptique. Ils peuvent être d'ordre moteur, sensitif, végétatif, psychique, dysphasique ou encore dysmnésique.

La décharge peut s'étendre sur plusieurs territoires corticaux différents, donnant ainsi naissance à plusieurs symptômes. Si en plus de tout cela il y a perte de conscience, on parle de crises partielles complexes.

Parfois la décharge peut s'étendre à l'autre hémisphère, donnant ainsi lieu à des manifestations tonico-cloniques bilatérales, on parle alors de crises partielles secondairement généralisées.

1.5.2 Les crises d'emblée généralisées.

Contrairement aux crises partielles, toutes les crises généralisées (sauf les crises myocloniques) sont associées à une perte de connaissance. La décharge épileptique implique tout le cerveau.

Cette catégorie de crises comporte six formes ⁷

- Les absences, petit mal : elles se manifestent par une altération de la conscience plus ou moins brève (10 secondes en moyenne), isolées ou associées à d'autres symptômes. Ce type de crises se trouve principalement chez les enfants. Si l'altération de la conscience est isolée, on parle d'absences simples, dans le cas contraire on parle d'absences complexes.
- Les crises myocloniques : elles consistent en des secousses musculaires violentes, toujours brèves, bilatérales, plus ou moins rythmées et répétitives. Se sont les seules crises d'emblée généralisées qui ne s'accompagnent pas d'altération de la conscience.
- Les crises cloniques : elles se caractérisent par des secousses cloniques rythmiques, plus au moins régulières et généralisées. Un déficit moteur, régressif en quelques heures, est habituel après la crise.

⁷ LFCE – Ligue Française Contre l'Epilepsie / <http://lfce.epilepsies.free.fr>

- Les crises toniques : elles se caractérisent par une contracture musculaire soutenue, s'installant brutalement ou progressivement ; le spasme commence généralement dans la musculature du cou, puis s'étend à la face, aux muscles respiratoires et enfin à la musculature abdominale.
- Les crises tonico-cloniques : Grand mal : elles se divisent en trois phases. Au début, il ya une phase tonique, dans laquelle le patient perd brusquement connaissance, se raidit et chute, de plus à cause de la contracture musculaire respiratoire, il y a une apnée, qui peut provoquer une cyanose. Après quelques secondes survient la phase clonique caractérisée par des secousses rythmiques des quatre membres qui durent généralement moins de quelques minutes. Durant cette phase, il peut y avoir une morsure de la langue, des pertes d'urines ou encore des pertes de selles. L'obnubilation et la respiration bruyante marquent la phase résolutive ; ensuite le patient s'endort généralement.
- Les crises atoniques : elles se manifestent par une diminution ou une abolition du tonus musculaire. L'ors qu'elles sont brèves, elles peuvent se limiter à la tête qui chute brusquement en avant. Si elles touchent les muscles posturaux, elles entraînent une chute brutale. Les crises atoniques peuvent également durer plus longtemps. Dans ce cas le sujet reste immobile à terre avec une perte de connaissance.

2- Processus d'organisation et de structuration psychique

2-1 Structure, caractère et pathologie

La notion de la structure psychique est distincte de celle de la personnalité, dont la définition est très difficile, en raison du grand nombre d'auteurs qui l'ont utilisée. Nous nous référons à l'étude de J. Bergeret sur la structure, afin d'avoir une idée claire, précise et adaptée sur cette notion de structure, nous tâcherons aussi de présenter la différence entre la structure, le caractère et la pathologie, et cela pour éviter toute confusion entre les trois notions :

2-1-1 La structure psychique

Selon Bergeret⁸, la structure de base de toute personnalité correspond à la nature de l'ensemble des mécanismes psychiques mis en jeu chez un individu en même temps qu'à la façon spécifique dont ces mécanismes s'articulent entre eux pour réaliser un mode de fonctionnement mental original, du point de vue intrinsèque tout autant que dans ses activités relationnelles extérieures.

Il est aussi important de situer cette notion sur le plan topique, économique et dynamique⁹ :

a- Du point de vue topique

Du point de vue topique (qui répond à la question « où »), une structure psychique est caractérisée par le satisfaisant développement et agencement de la première et de la seconde topique de S. Freud. Le conscient et l'inconscient sont bien séparés par le préconscient.

b- Du point de vue économique

Du point de vue économique (qui répond à la question « pourquoi »), une structure psychique détermine dans ses grandes lignes la relation du sujet à son propre inconscient. Elle est régie par un champ de forces, par un rapport de forces internes et externes, tel que le résultant, vecteur fixé dès la première enfance, reste pour l'essentiel invariant. Elle réserve des possibilités suffisantes d'investissements, autorisant une bonne gestion pulsionnelle.

c- Du point de vue dynamique

Du point de vue dynamique (qui répond à la question « comment »), la structure psychique est l'ensemble des possibilités régressives du sujet, répondant au réseau des ses fixations.

⁸ Bergeret J. « *Caractère et pathologie* » Encycl. Méd. Chir.- Paris- Psychiatrie 37320 A 12- 1980

⁹ Bergeret J. ; *Psychologie pathologique* ; Masson ; Paris ; 1976 ; PP 46- 54

Autrement dit, ce qui importe c'est le niveau de l'évolution libidinale où se trouvent situés ses conflits.

C'est donc à la fois par le modèle (en nombre limité) des éléments psychiques qui la constitue, et la façon aussi dont de tels éléments s'articulent entre eux, pour fonctionner (dans les relations entretenues par le sujet tant avec lui-même qu'avec les autres) que s'authentifie la structure.

Peu à peu, à partir de la naissance, en fonction de l'hérédité pour certains facteurs, mais surtout du mode de relation aux parents dès les tous premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des défenses organisées par le Moi pour résister aux poussées internes et externes et des pulsions du ça et de la réalité, que peu à peu le psychisme individuel s'organise, se « cristallise » tout comme un cristal minéral se composerait, avec des lignes de clivage originales.

Bergeret, propose deux modèles de structures stables et spécifiques qui sont représentées par la structure *névrotique* et la structure *psychotique*¹⁰.

S. Freud dans ses « nouvelles conférences »¹¹, dit que si nous laissons tomber à terre un bloc de minéral sous forme cristallisée, il se brise, mais pas d'une façon quelconque, les cassures s'opéreront selon les lignes de clivage dont les limites et les directions, bien qu'invisibles extérieurement jusque là, se trouvaient déjà déterminées de façon originale et immuable par le mode de structure préalable de construction du cristal.

Il en est de même pour la structure psychique. Tant que le sujet répondant à l'une ou l'autre structure n'est pas soumis à de trop fortes épreuves intérieures ou extérieures, à des traumatismes affectifs, à des frustrations ou à des conflits trop intenses, il ne sera pas « malade » pour autant. Le « cristal » tiendra bon. Mais, si à la suite d'un événement quelconque, le cristal vient à se briser, cela ne pourra s'effectuer que selon les lignes de forces préétablies dans le jeune âge.

Il existe des possibilités de passage d'une structure, ou d'un mode d'aménagement à un autre. Suite à des conjonctures particulières, la période de l'adolescence ; étant le moment de développement, le sujet examiné pour une pathologie névrotique peut par suite d'événements traumatiques désorganisateurs lourds, régresser dans un mode de

¹⁰ Bergeret J. ; *Psychologie pathologique, théorie et clinique* ; Masson, Paris, 2004, P 147

¹¹ Freud S. ; *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* ; Gallimard, Paris, 1932, P 248

fonctionnement psychotique. L'inverse est également vrai, un sujet pré-structuré sur un mode psychotique peut, par suite de rencontres éhayantes se réorganiser dans un mode névrotique¹².

J. Bergeret, montre ainsi qu'il suffit d'un examen minutieux ou d'un évènement susceptible de rompre l'équilibre antérieur pour que les lignes de clivage se déstructurent. Le psychisme individuel s'organise alors selon les lignes de forces, ou selon les lignes de faiblesse, des lignes intérieures, originales, complexes, propres à chaque psychisme.

2-1-2 Le caractère

Le caractère d'une personne résume la manière dont cette personne réagit habituellement dans une situation donnée. Si le premier constat de la caractérologie est que dans une même situation, les hommes réagissent de différentes façons, cette branche de la psychologie s'attache au fait qu'un individu particulier agit ou réagit en toutes circonstances selon un mode qui dans un premier temps paraît lui être propre.

Dans l'optique structurelle¹³, le caractère se voit considéré comme le mode opératoire et relationnel visible de la structure tant que celle-ci conserve une souplesse suffisante face à une convenable adaptation aux conditions de réalités intérieures et extérieures de sujet.

Le caractère dépend donc essentiellement et de l'ensemble original des éléments psychiques qui constituent la structure et en même temps du mode spécifique d'articulation de ces éléments entre eux au sein de la structure en cause : il constitue le prolongement visible de la structure profonde sur le plan personnel et interpersonnel.

2-1-3 La pathologie

La symptomatologie pathologique s'oppose (en ce qui concerne du moins les personnalités structurées sur un mode névrotique ou psychotique) aux manifestations du caractère, en constituant au contraire une façon anormale de traduire et l'ensemble des composantes mentales de la personnalité et leur façon expressive de s'articuler entre elles.

Comme pour les manifestations du caractère, les symptômes pathologiques se concrétisent dans le champ des relations du sujet tant avec lui-même, qu'avec l'extérieur ; mais dans des conditions qui n'apparaissent plus adaptées du point de vue fonctionnel aux réalités internes ou externes dans lesquelles se trouve placé l'individu.

¹² Grebot E. ; *les bases de la psychopathologie* ; PUF, 2001, pp 11-13

¹³ Bergeret J. ; « *Caractère et pathologie* » ; *Encycl. Méd. Chir.- Paris- Psychiatrie* 37320 A 12- 1980

La structure psychique pathologique¹⁴ est le résultat d'un développement défectueux avec différenciation insuffisante des deux topiques Freudiennes : appauvrissement des possibilités économiques et des potentiels dynamiques. Certaines fonctions, trop sollicitées, supportent mal le poids du fonctionnement, non-suppléant du point de vue économique, aux surinvestissements.

¹⁴ Bergeret J. ; « *Caractère et pathologie* » ; Encycl. Méd. Chir.- Paris- Psychiatrie 37320 A 12- 1980

2-1 Pôle d'organisation et structuration du psychisme

2-2-1 La structure Névrotique

a- Définition des Névroses

D'après Laplanche et Pontalis¹⁵ : La dynamique névrotique désigne une modalité du fonctionnement du psychisme dans laquelle les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit qui trouve ses racines dans l'histoire du sujet, et constituent un compromis entre le désir et la défense. Le conflit est de nature sexuelle, réductible à un incident, il se réfère aux avatars de l'évolution libidinale et à l'organisation œdipienne.

La notion de Névrose est apparue relativement tard dans les descriptions cliniques, cette entité clinique à eu beaucoup de mal à se dégager des maladies nerveuses proprement dites, et de la « folie » elle-même, que l'on appel Psychose. La Névrose a définitivement acquis ses lettres avec la psychanalyse.

b- Caractéristiques des organisations psychiques névrotiques et leurs expressions psychopathologiques

Au-delà de la diversité des formes et des symptômes, des caractéristiques communes sont dégagées aux organisations névrotiques du psychisme et à leurs expressions psychopathologiques : hystérie de conversion, hystérie d'angoisse et névrose obsessionnelle¹⁶. En dehors des modalités conflictuelles –conflit entre le surmoi et les pulsions sexuelles, conflictualité liée à l'histoire infantile, problématique œdipienne- on peut mettre en évidence d'autres facteurs communs tel que le lien avec la réalité, Certes, les expressions symptomatiques peuvent entraîner des distorsions au niveau de la communication, des formes interprétatives erronées du rapport aux autres et au monde, mais le sujet reste limité par des désagréments psychiques relatifs à la nature de l'angoisse, ainsi qu'aux destins du refoulement.

¹⁵ Laplanche J. ; Pontalis J.B. ; *Vocabulaire de la psychanalyse* ; PUF- Paris-1967- p 267

¹⁶ Roussillon R. ; *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* ; Masson- Elsevier- 2007, p 403

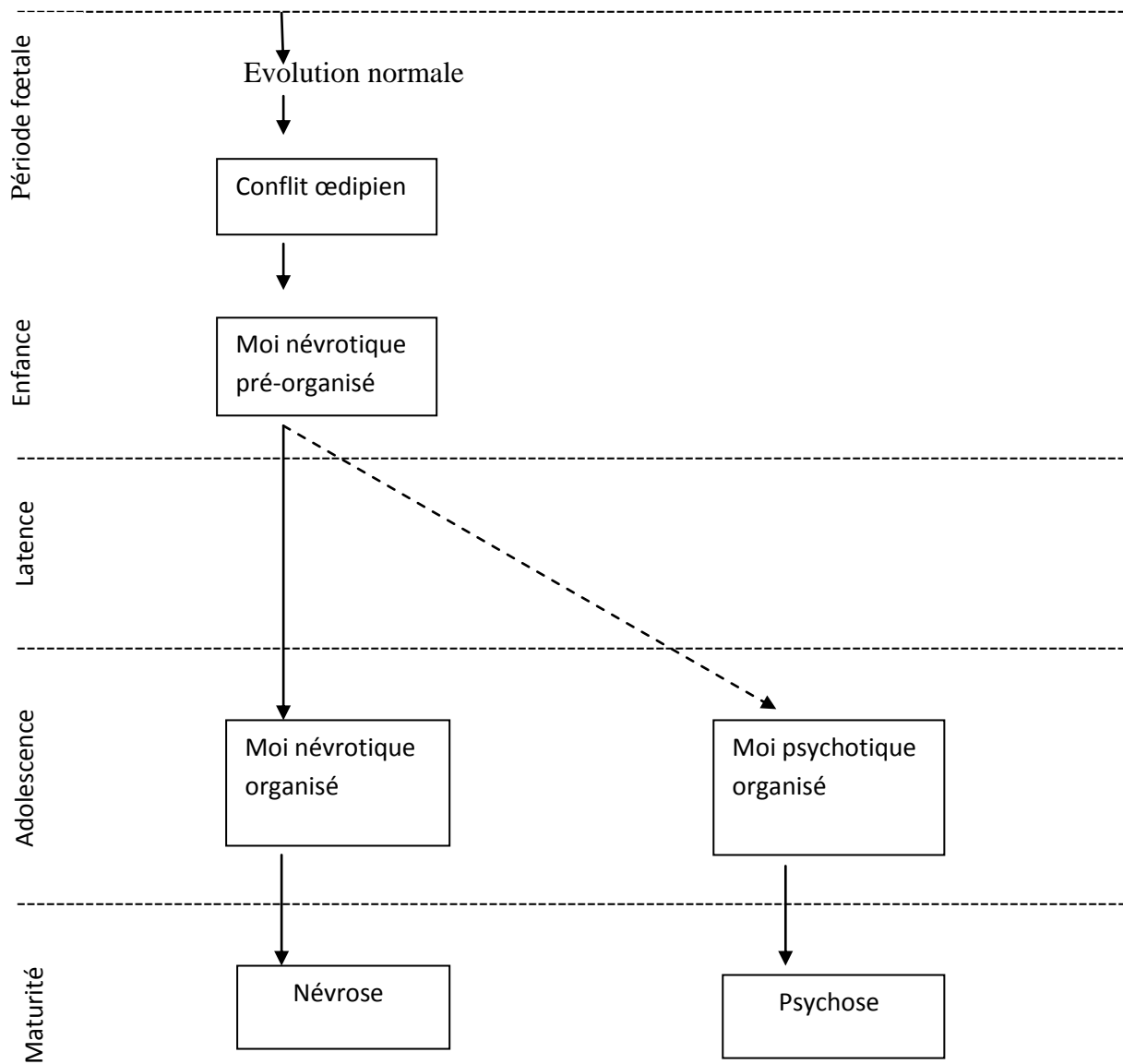
c- La lignée Névrotique

Cette lignée poursuit une évolution assez banale jusqu'au moment du conflit œdipien, il existe de trop fortes fixations ou des régressions trop importantes à ce stade¹⁷. Le Moi va se pré-organiser selon un système relationnel et défensif de mode névrotique. La période de latence va opérer ici un arrêt de l'évolution structurelle, alors qu'au contraire l'arrivée dans l'adolescence déclenchera des bouleversements structuraux. Si, à ce moment les conflits internes et externes s'avèrent trop intenses, le Moi peut être amené à se détériorer d'avantage, conduisant à une évolution dans le sens d'une structure psychotique définitive. Cependant, dans la majorité des cas, le Moi névrotiquement pré-organisé demeure dans le cadre névrotique et tend à s'organiser de façon définitive selon la ligne de structuration névrotique.

¹⁷ Bergeret J. ; *Psychologie pathologique* ; Masson, Paris, 1976, P 190

Fig. 1 : Mode de structuration Névrotique¹⁸

Indifférenciation somato-psychique



¹⁸ Bergeret J. ; *Psychologie pathologique théorique et clinique* ; Masson- Paris- 2004- P 219

2-2-1 La structure Psychotique

a- Définitions des psychoses

La psychose se caractérise par une transformation radicale du rapport du sujet à la réalité, entraînant une modification profonde et durable de l'identité et généralement de la personnalité. Le sujet psychotique ne fonctionne pas par les mêmes échelles de jugement, les mêmes modalités d'approche du monde, les mêmes codes sociaux et les mêmes logiques de pensée. Du fait de sa gravité, la psychose nécessite souvent une prise en charge intensive et parfois l'hospitalisation du patient. (Ménéchal, 1999).¹⁹

Ce fonctionnement se manifeste sur plusieurs niveaux d'activité mentale et psychique :

- Au niveau du réel ou de l'imaginaire : dans l'activité perceptive où les différences formelles sont ressenties dans la découpe spatiale synchronique de l'image.
- Au niveau du symbolique : on retrouve cette perception différentielle dans la structuration verbale qui reprend dans la découpe oppositionnelle du signifiant, les articulations différentielles du signifié. Ainsi seront successivement intégrés dans un réseau de structures de plus en plus différenciées à valeur sémantique croissante les perceptions inhérentes à la réception de formes réelles et aux investissements économiques qu'elles impliquent d'une part au profit d'une organisation de plus en plus symbolique ne laissant subsister que les lignes d'articulations schématique structurales pour ne retenir enfin que leurs représentants verbaux. Il abandonne ainsi en partie l'ordre du réel en faveur de l'organisation sémantique.

b- La lignée psychotique

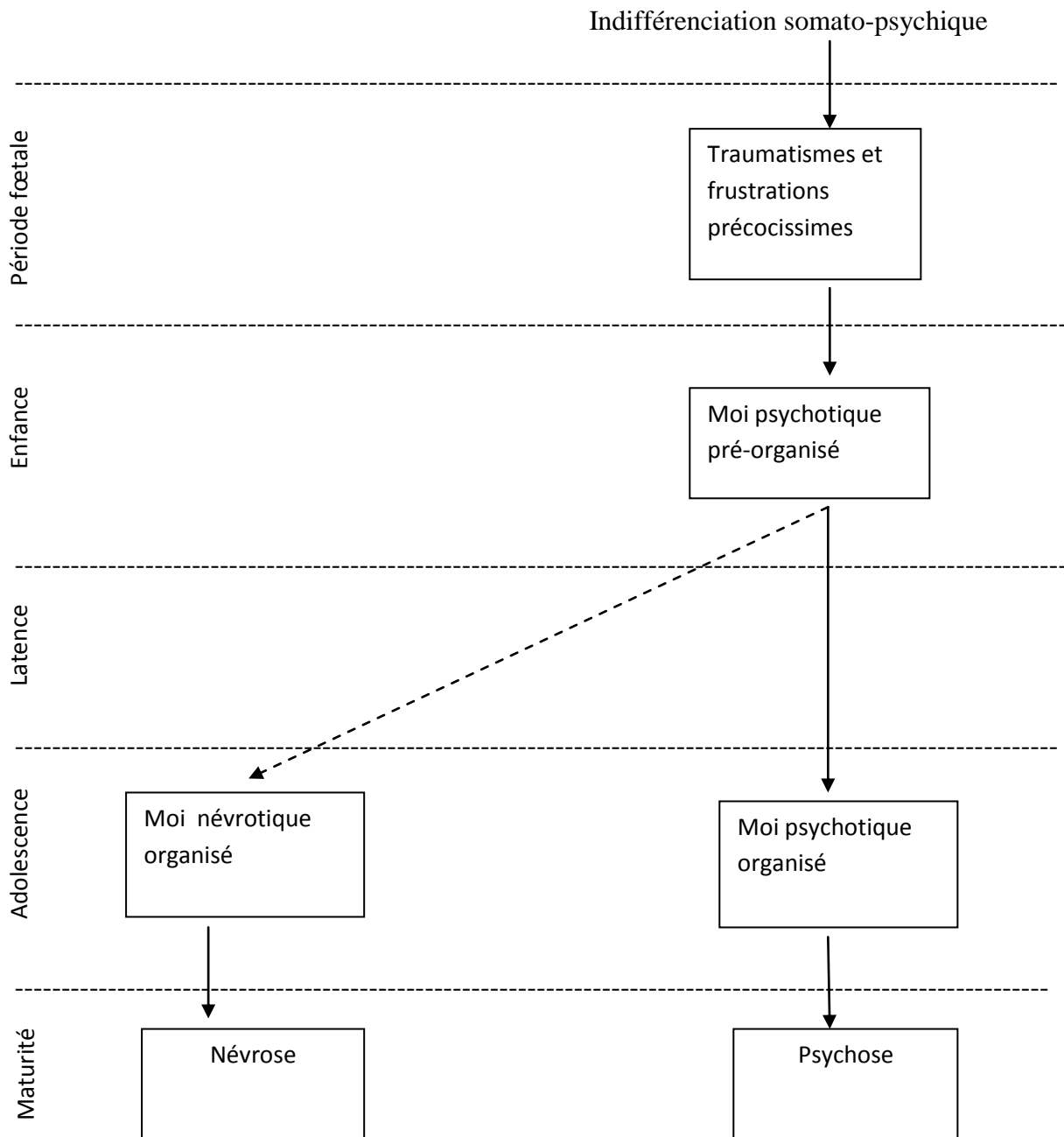
Elle est considérée comme marquée à son point de départ, par des traumatismes ou des frustrations grave de la période fœtale, le « Soi » en cours de formation ayant été amené à établir à cette période de tenaces fixations à des arrêts de développement affectifs et relationnels de même que des déformations durables sur lesquelles se produiront les régressions ultérieurs au cours de l'enfance, de l'adolescence et de l'ensemble de la vie du sujet. De telles perturbations initiales se compliquent pendant la période orale ainsi qu'au premier sous stade anal « sadique », cette période est marquée par une ambivalence, le sujet ayant subit des traumatismes auparavant, éprouve du mal à la surmonter. Une telle ébauche

¹⁹ Roussillon R. ; *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* ; Masson- Elsevier- 2007- P 429

d'organisation subirait un silence évolutif pendant la période de latence et de l'adolescence qui survient ensuite et amènerait les bouleversements considérables que l'on sait sur le plan structurel, et à ce moment là, tout pourrait changer, il peut alors s'améliorer, le Moi quitte la lignée psychotique, pour aller se fixer sur une lignée névrotique, ou alors, et dans l'immense majorité des cas, un Moi pré-organisé psychotiquement va tout simplement poursuivre son évolution au sein de la lignée psychotique dans laquelle il se trouve déjà suffisamment engagé : il s'organisera ensuite, de façon définitive, sous forme de structure psychotique véritable et stable²⁰.

²⁰ Bergeret J. ; *Psychologie pathologique* ; Masson- Paris- 1976, p 170

Fig. 2 Mode de structuration Psychotique²¹



²¹ Bergeret J. ; *Psychologie pathologique théorique et clinique* ; Masson- Paris- 2004- P 217

2-2-3 L'organisation limite

a- Définition

Les appellations de « états limites » ou de « border-lines » correspondent aux mêmes entités morbides. Le terme de « border-lines » fut employé pour la première fois par V. W. Einstein²² en 1949. Il met à l'évidence des tableaux cliniques ne correspondant ni à la lignée psychotique classique, ni à la lignée névrotique.

b- Aménagement limite

On retrouve l'aménagement limite chez des patients dont le Moi, a dépassé, sans trop d'encombres, le moment où les frustrations du premier âge auraient pu opérer des fixations pré-psychotiques. Cependant, au moment où s'engageait pour eux l'évolution œdipienne normale, ces sujets ont subi un traumatisme psychique important²³.

Ce traumatisme jouera en quelque sorte le rôle du »premier désorganisateur « de l'évolution psychique du sujet. Il arrêtera sur le champ l'évolution libidinale. Elle se trouvera figée d'emblé et parfois pour très longtemps, dans une sorte de « pseudo-latence » plus précoce et plus durable que la latence normale, elle recouvre en effet ce qui aurait dû correspondre par la suite à la période de bouillonnement affectif de l'adolescence et se prolonge également souvent pendant toute une partie de l'âge adulte. C'est ce qui est considéré comme le « tronc commun aménagé » de l'état limite. Un tel tronc, ne peut être envisagé comme une véritable structure au sens d'une structure soit psychotique, soit névrotique.

L'état limite demeure dans une situation seulement « aménagé », mais non structurellement fixée. C'est un simple effort relativement instable et coûteux pour le Moi de se maintenir en dehors des deux grandes lignes, dont l'une (la structure psychotique) s'est trouvée dépassée et l'autre 'la lignée névrotique) n'a pas pu être atteinte.

²² Bergeret J. ; *Psychologie pathologique* ; Masson- Paris- 1976 , P 186

²³ Idem, p 187

2-2-4 « L'Epileptoidie » ou la structure « Epileptoïde »

La notion d'épileptoïde entre en France dans les années 30 à travers les travaux surtout phénoménologiques de E. Minkowski et son épouse F. Minkowska. Cette dernière s'est servi du test du Rorschach pour développer une œuvre d'inspiration phénoménologique extrêmement riche dont l'essentiel est consigné dans son livre : « A la recherche du monde des formes », paru chez Desclée de Brouwer en 1956.

Elle consacre l'étude N°03 de cet ouvrage à l'étude de l'épilepsie et de la structure épileptoïde. Elle y rappelle que l'expression « épileptoidie » prêtant à confusion, elle préfère donc utiliser le terme « glischroidie » du mot grec « glischos » qui veut dire visqueux, et cela, suivant la suggestion d'Edouard Pichon, après sa première communication à la société Médico-psychologique à Paris en 1923²⁴.

Nous reprenons le texte de F. Minkowska afin de décrire la Glischroidie, « Il s'agit d'une affectivité concentrée, condensée, ramassée, visqueuse, qui adhère aux objets de l'ambiance et ne s'en détache pas aussi facilement que l'exigent les variations du milieu, elle ne suit plus le mouvement de celui-ci, et, pour ainsi dire toujours en retard. L'épileptoïde est par excellence un être affectif, mais cette affectivité est visqueuse et manque de mobilité ».²⁵

« Dans le domaine intellectuel, ce sont des ralentis ; ils s'attardent aux détails et perdent de vue l'ensemble ; le changement et les choses nouvelles ne les attirent pas ; ils aiment ce qui dure et ce qui est stable ; ce sont des travailleurs, mais ils ont peu d'initiative et ne créaient rien de nouveau ».

« L'affectivité, devenant de plus en plus visqueuse, accompagnée d'une bradypsychie croissante, suit de moins en moins les appels venant du dehors ; la décharge devient de plus en plus insuffisante et mène en fin de compte à une véritable stase ; celle-ci crée pour l'individu une atmosphère irrespirable, orageuse et chargée d'électricité. Ce sont ensuite le tonnerre et les éclairs. La stase provoque des décharges explosives devant lesquelles l'individu reste impuissant, elle l'envahissent tout entier de façon subite et brutale, provoquent l'obnubilation de la conscience et se distinguent par la soudaineté et la violence ; les ralentis deviennent des excités ; ce sont des accès de colère violente, des actes impulsifs, des fugues, des états crépusculaires de longue durée, enfin, caractérisés par des états d'angoisse intense, par un délire de nature impersonnelle, des visions, des idées mystiques et

²⁴ Minkowska F. ; *Le Rorschach , à la recherche du monde des formes* ; Desclée de Brouwer- 1956, P 105

²⁵ Minkowski E. ; *Le temps vécu* ; PUF- Paris- 1995, P195

des extatiques, traits dont il n'est guère difficile de reconnaître la parenté avec l'épileptoidie ».

3 - Interactions épilepsie et fonctionnement psychique

3-1 Les facteurs épileptiques influençant le psychisme

Les relations et les interactions entre crises épileptiques et fonctionnement psychique paraissent évidentes, mais sont très complexes. En effet une littérature abondante a essayé de mettre au clair cette relation. De part sa complexité, l'épilepsie a un impact important sur le vécu et le fonctionnement psychique du sujet atteint. Il y a un point commun à tous les épileptiques, ils ne peuvent jamais prévoir la survenue de la crise, ce qui entraîne de l'angoisse, une peur de soi, une peur de l'image qu'ils vont donner.

L'épilepsie généralisée va donner au patient une discontinuité qui segmente l'existence, ce qui va l'obliger à renouer son histoire entre l'avant et l'après de la crise.

On sait que la crise vient du cerveau, qui est un organe fragile, on sait aussi qu'il ya un traitement pharmacologique lourd et important. Ces sujets sont dépossédés d'eux-mêmes pendant la crise, il ya un phénomène de non appartenance, il va appartenir à la médecine qui va imposer ses restrictions, des surveillances, le sujet risque de devenir un objet médical. Il va généralement appartenir au traitement qui va modifier son agilité perceptive, mentale et sa réactivité.

Au réveil, il voit des visages inquiets, il va réagir par la mise en place de mécanismes de défenses^{26 27} orientés vers les états suivants :

- La régression : le sujet va se déclarer victime de la maladie et du destin, il s'infantilise, état de dépendance, il va se laisser soigner et se mettre en invalidité.
- La déniation : il va faire comme s'il y avait erreur de diagnostic, comme si la maladie n'existait pas, il va mal prendre son traitement.
- Le déplacement : soit il va s'investir dans la cause de sa maladie, soit une hyper-ritualisation du traitement.
- La projection : avec agressivité contre le traitement et l'environnement car c'est une maladie impalpable. Par ses réactions parfois inadaptées, l'environnement peut être agressif pour le sujet.

²⁶ Tribolet S. ; *Vocabulaire de santé mentale, Editions de santé* ; Paris, 2006

²⁷ La planche, Potanlis J.B. ; *Vocabulaire de la psychanalyse* ; PUF, Paris, 1967

Ces éléments nous montrent à quel point le vécu de la crise est lourd et pénible pour le sujet atteint ; la crise épileptique regroupe un ensemble de facteurs qui bouleverse ce vécu et qui par conséquent affectent le fonctionnement psychique.

3.1.1 La perte du contrôle moteur

Chez un sujet présentant des manifestations convulsives avec perte de conscience, ce facteur peut être un élément traumatisant en raison de sa répétition. Le développement du Moi est basé sur des expériences corporelles intégrées dans le temps et dans l'espace. Or, il n'y a rien de plus inadapté à l'environnement et de plus atemporel qu'une manifestation convulsive. Le sujet atteint là perçoit comme un épisode de perte du contrôle de son propre corps.

3.1.2 L'inadéquation entre l'image sociale de l'épileptique et celle qu'il ressent ou vit

Cette inadéquation entre l'image renvoyée par le milieu et la sienne propre a tendance à devenir traumatisante, dès lors que le sujet est en état de dépendance vis-à-vis de son milieu. A l'extrême, un sujet indépendant de celui-ci peut très bien affronter une image de lui très différente de celle qu'il sent. Cette indépendance peut être entamée soit en raison de facteurs psychiques (situation d'enfant, besoin d'être aimé, impossibilité d'être seul...) mais aussi de facteurs somatiques (handicapé moteur). Placé dans un état de dépendance, un sujet est obligé d'introjecter tout ou une partie de l'image qu'a de lui le milieu, pour ne pas se couper de ce dernier. C'est ainsi qu'il peut être amené à introjecter la honte, la culpabilité, la notion de tare...

3.1.3 Le déficit des acquisitions

Le déficit des acquisitions est probablement un des facteurs de risque psychique le plus important. Les acquisitions sont sous la dépendance du milieu et sont étroitement liées aux rapports de l'individu avec celui-ci. Nombreux, sont les épileptiques et les familles d'épileptiques qui attestent des difficultés dans l'apprentissage, du fait de la lenteur, de la difficulté de concentration ces sujets, peuvent avoir un déficit important dans les acquisitions que se soit sur le plan de l'autonomie, ou de l'apprentissage même.

3.1.4 La perturbation du temps

C'est l'un des facteurs les plus spectaculaires et les plus complexes. D'abord parce que cette perturbation prend des formes diverses, schématiquement, on peut en individualiser trois types : un temps nul : espace qui pour le sujet n'existe pas puisqu'il reprend très exactement le

cours de ses activités à l'endroit même où ils les avaient interrompues (le cas des absences simples). Un temps densifié : période au cours de laquelle le sujet garde un contact partiel avec l'entourage, avec parfois des difficultés d'organisation chronologique des événements et toujours leur condensation temporelle. Un temps paradoxal : moment après lequel il présente simultanément deux opérations mentales contradictoires, il sait qu'un certain nombre d'évènements se sont déroulés et il ne sent rien en lui qui y corresponde.

Ensuite parce que cette perception du temps est altérée pour le sujet, et non pour l'environnement, ce qui entretient des sources de perturbation et de communication. Enfin parce que le temps est un des matériaux de base structurant la personnalité, le temps vécu est donc un élément important de l'intégration diachronique des événements intérieurs et extérieurs, c'est cette intégration continue, qui construit la conscience de soi par rapport à son passé et projetée sur son avenir.

3.2 Facteurs psychiques influençant l'épilepsie

3.2.1 Le rôle déclenchant des facteurs émotifs ou affectifs

Le rôle du stress et plus spécialement des tensions psychologiques est bien reconnu, au moins autant par les malades et leur entourage que par les médecins. Le psychisme peut entretenir une épilepsie, le stress et l'angoisse représentent toute situation interne ou externe créant à partir de facteurs individuels une sensation intérieure intense, envahissant tout ou une partie du psychisme et mobilisant autour d'elle le fonctionnement psychique. Le psychisme intervient dans l'horaire et la fréquence des crises. POND²⁸, écrit que chez chaque patient, une situation stressante particulière a la possibilité d'être spécifique mais peut seulement être comprise sur le plan psychopathologique à partir de l'histoire du sujet. Il ajoute qu'un stress tout autre peut être significatif chez un autre sujet atteint de la même forme d'épilepsie. Voilà donc l'épilepsie enracinée dans l'histoire individuelle du sujet dans la mesure où cette dernière joue un rôle dans la distribution et la fréquence des crises.

3.2.2 La réaction de la famille face à l'épilepsie

N'est pas sans importance en raison de multiples liens qui soutiennent le sujet. Il en est de la famille et de l'épilepsie comme des symptômes épileptiques et de la vie fantasmatique. Il ya des cas où le statut du sujet atteint d'épilepsie et l'équilibre du groupe ne sont pas modifiés :

²⁸ POND D. A. ; " *Epilepsy and personality disorders- Handbook of clinical neurology* " ; The Epilepsies- North-Holland publishing company, Amsterdam, 1974

l'épilepsie ne s'intègre pas plus dans l'histoire familiale que ne le fait un symptôme épileptique. Par contre dans d'autres cas, la maladie épileptique trouve un écho profond dans le groupe qui réagit de façon très particulière. Beauchsene²⁹ écrit qu'une situation familiale conflictuelle contribue au maintien et à l'organisation de l'épilepsie.

²⁹ Beauchsne H. ; *L'épileptique* ; Dunod- Paris- 1980

Chapitre II

Troubles psychiques et mécanismes mentaux

Chapitre II : Troubles psychiques et mécanismes mentaux

La caractéristique essentielle d'une crise épileptique est sa survenue brutale. Dans de très nombreux cas, le patient perd conscience et c'est alors son entourage qui fait la description de la crise. Les patients n'ont donc connaissance de leurs symptômes qu'à travers la description relatée par leur entourage. Les réactions des patients sont diverses : angoisse, dépression, névrose, ou même psychose, très peu d'entre eux acceptent la réalité.

1- Epilepsie et dépression

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquemment retrouvé chez les patients épileptiques. Il se caractérise par une modification des affects ou de l'humeur vers une dépression. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'un frein au niveau global d'activité. L'incidence de cette désorientation sur la vie entière et toutes formes d'épilepsies confondues, est estimée selon les études entre 6 et 30%³⁰. Chez les patients avec une épilepsie du lobe temporal, elle est estimée entre 24 et 72%³¹. A titre de comparaison, dans la population générale, l'incidence de la dépression sur la vie est estimée entre 6 et 17%.

Dans un tiers des cas, les symptômes dépressifs sont présent avant une crise d'épilepsie tonico-clonique généralisée. En général, ces prodromes sont constitués d'une thymie triste et d'une irritabilité voir quelques heures, jours avant le déclenchement de la crise. Pendant une crise d'épilepsie, une symptomatologie dépressive d'intensité variable peut faire partir de l'aura.

Certains patients décrivent des épisodes sévères et ont sentiment fort de désespoir. Ce type d'aura existe dans environ 1% des épilepsies, mais il est plus fréquent dans les épilepsies du lobe temporal. Le diagnostic de la dépression semble souvent sous estimé par les cliniciens. Pour un auteur comme Kanner³², une des raisons principales en est la méconnaissance des troubles psychiatriques par les neurologues.

³⁰ Kanner AM.; " *Depression in epilepsy, clinical semiology, pathogenie mechanisms and treatment*" ; Biol Psychiatry 2003, 54 : 388-398

³¹ Gaitatzis A., Trimble MR., Sander JW.; " *The psychiatric comorbidity of epilepsy*"; Acta Neural Scand 2004,

³² Kanner AM., Balabanov A." *Depression and epilepsy*"; Neurology 2002, 58 : 27-39

2- Epilepsie et névrose

En psychiatrie, on regroupe sous le terme de névrose tous les troubles liés à des facteurs d'angoisse, ainsi, le groupe des phobies regroupe tous les troubles dans lesquels l'angoisse est déclenchée par des situations, ou des objets bien précis qui restent sans danger au moment de l'exposition. A l'inverse la névrose d'angoisse se caractérise par la présence de manifestations anxieuses qui ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée.

Un trouble névrotique est présent chez 10 à 25%³³ des personnes épileptiques. Dans la population générale, ce taux est de 2.5 à 6%³⁴. Les phobies sont présentes chez 20%³⁵ des patients atteints d'épilepsie. La névrose obsessionnelle, qui se caractérise essentiellement par des pensées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents, serait présente chez 4 à 10%³⁶ des personnes épileptiques. Quand aux crises d'angoisse, elles seraient présentes chez près de 3%³⁷ des patients.

3- Epilepsie et psychose

Le terme de psychose désigne un ensemble de troubles et d'affections mentales ayant en commun une série de caractéristiques : la perte de contact avec la réalité et la méconnaissance de l'état morbide. Il s'agit donc d'une altération de l'expérience du réel du sujet. Ainsi le patient évalue mal la précision de ses perceptions et l'exactitude de sa pensée. Même quand il est confronté à l'évidence, il n'abandonne pas ses croyances erronées. Cliniquement, on retrouve souvent des hallucinations (auditive, visuelle), des idées délirantes, un retrait social, un ralentissement idéomoteur ou une agitation anormale.

Chez les patients épileptiques, le risque de développer une psychose est de 6 à 12 fois³⁸ plus important que dans la population générale. La prévalence d'un trouble psychotique est de 10 à 19% chez les patients présentant une épilepsie du lobe temporal.

³³ Jacoby A, Baker GA, Steen et al.- *The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates* : findings from a UK. Community study- *Epilepsia*

³⁴ Gaitatzis A., Trimble MR., Sander JW.- *The psychiatric comorbidity of epilepsy*- *Acta Neural Scand* 2004,

³⁵ Victoroff J. *DSM III-R Psychiatric diagnosis in candidates for epilepsy surgery : life time prevalence.* *Neuropsychiatry Behav Neurol* 1994

³⁶ Gaitatzis A., Trimble MR., Sander JW.- *The psychiatric comorbidity of epilepsy*- *Acta Neural Scand* 2004,

³⁷ Silva W., Giagante B., Saizor R et al. *Clinical features and pronosis of monoleptic seizures in a devloping country.* *Epilepsia* 2001

³⁸ Sachdev P. *Schizophrenia-like psychosis and epilepsy : The status of association.* *Am Journal of Psychiatry* 1998

En général les premiers symptômes psychotiques apparaissent 11 à 15 ans après la première crise d'épilepsie.

De nombreux auteurs se sont intéressés à la psychose et sa relation avec l'épilepsie, certains ont proposés des classifications, d'autres ont proposés des analyses, interprétations et explications.

3-1 Classifications des psychoses dans l'épilepsie selon H. EY³⁹

- I- Les états psychotiques aigus ou subaigus de l'épilepsie :
- 1- Etats crépusculaires épileptiques : surviennent chez un sujet dont les antécédents épileptiques sont généralement connus, et souvent après une ou plusieurs crises, s'installe un état d'obtusion intellectuelle, degré le plus léger de la confusion mentale. Le malade est hébété, égaré (désorientation temporo-spatiale légère), ou complexe. Il répond aux questions lentement, sous une forme lointaine et visqueuse, vague et évasive. L'affectivité est troublée : indifférent aux données de la situation actuelle. Il s'enflamme tout à coup pour un thème cosmique, religieux ou politique.
 - 2- Les états confuso-oniriques : le degré le plus profond de la déstructuration de la conscience confère au malade, la symptomatologie confusionnelle ou confuso-onirique. On note une tonalité anxieuse de ces états, la tendance à l'agitation furieuse. L'épisode confusionnel apparaît souvent après une crise ou une série de crises, d'autres fois il est entrecoupé par des crises, mais parfois il est isolé.
 - 3- Les états maniaco-dépressifs : l'existence des états dépressifs et des états d'agitation au cours de la vie d'un épileptique est une éventualité incontestable. Les symptomatologies mélancoliques et maniaques peuvent y être réalisées. Le plus souvent ces états ne sont pas purs, ils associent les signes de la série maniaque ou mélancolique à des troubles de la conscience qui peuvent les rapprocher à des états crépusculaires.
- II- Epilepsie et psychose chronique :
- Il peut s'agir d'un délire systématisé, souvent à thème religieux.
 - Le problème de la schizophrénie se pose accompagné par d'autres formes de délire chronique à type de fabulation oniriques avec hallucinations visuelles et auditives.
 - La démence épileptique : il existe des états démentiels dus aux processus cérébraux en cause, lesquels produisent des symptômes correspondant à leurs sièges, à leur nature évolutive et à l'âge auquel ils viennent troubler le développement ou l'existence.

Tab2 : Les psychoses dans l'épilepsie selon H. EY

³⁹ Ey H. ; Bertrand P. ; Brisset C. ; *Manuel de psychiatrie* ; Masson, Paris, 1978, p 337

3-2 L'étude de F. Minkowska sur la psychose épileptique

F. Minkowska dans son œuvre « Epilepsie und schizophrenie im erbgang mit besonderer berucksichtigung der epileptoiden konstitution und der epileptischen struktur » (1937) étudie, à travers les arbres généalogiques la descendance complète au cours de six générations d'un ancêtre épileptique⁴⁰. L'épilepsie est à côté des crises convulsives comme un trouble mental plus au moins aigu ou chronique. Ses observations concernent entre autre, trois cas de schizophrénies, atypiques, en ce sens qu'elles sont également traversées de traits nettement épileptiques, d'une tendance nette à adhérer à l'ambiance familiale, un contact affectif bien conservé, même dans un cas de schizophrénie paranoïde : le délire a causé le caractère onirique et les malades cherchent à contrôler leurs choses mystérieuses et leurs fantômes. Ils considèrent ces évènements non pas déterminés par des forces extérieures, mais comme vécu intérieurement. A la suite de ces observations, Minkowska⁴¹ donne une explication pathogénique de la psychose épileptique. Quand un épileptique se trouve en conflit, « il le porte longtemps en lui sans détente, sans possibilité de décharge ; la détente et la décharge sont interdites du fait de son adhésivité et de sa viscosité particulière qui mènent à une stase ».

Le conflit agit ainsi à l'instar d'un pôle d'aimant, autour de lui se condense de plus en plus la charge affective et le tourment intérieur. Cette condensation creuse une voie en profondeur, la réalité disparaît, la conscience s'obnubile et est envahie par un sentiment élémentaire d'anxiété, de crainte et de peur. Le facteur destructif que comporte cet état ne se traduit pas comme chez le mélancolique par des idées qui visent l'individu lui-même, mais par des visions d'ordre général qui font entrer en jeu des forces élémentaires déchainées et mènent à un anéantissement universel où tout doit sombrer.

Ces expériences visionnaires montent ainsi les couches les plus profondes et les plus interpersonnelles : de là l'impression de surnaturel et le caractère religieux et cosmique du délire. Quels contrastes avec le caractère épileptoïde : lenteur, l'amour du petit détail, l'attachement à l'ordre, méticuleux et même mesquin, visqueux. Et d'autre part, l'excitation qui va en profondeur et qui saisit, une décharge violente et sans nul frein, des évènements catastrophiques d'une portée inouïe, l'univers tout entier à la place du moi. Le contraste se laisse pourtant expliquer. Si le schizophrène est marqué par la perte du contact vital et la dissociation, le mélancolique par l'inhibition et l'arrêt du temps vécu, le tressaillant de la

⁴⁰ Minkowski E. ; *Le temps vécu* ; PUF- Paris- 1995, P190

⁴¹ Minkowska F. ; *Le Rorschach : A la recherche du monde des formes* ; Desclée de Brower 1956, p 194

psychose épileptique est une sorte d'agglutination qui est un échelon plus accusé de la viscosité épileptoïde. Tandis que chez le schizophrène⁴² tout se dissocie, chez l'épileptique tout s'accumule, se concentre, s'épaissit et s'agglutine.

La constitution et la structuration des psychotiques est différentes donc de celles des épileptiques, la question qui se pose est la suivante : pourquoi une prévalence élevée des troubles psychotiques chez les épileptiques ?

4- Epilepsie et trouble du caractère

Les troubles du caractère regroupent toutes les manifestations épisodiques mineurs qui ne peuvent pas être classées dans les psychoses ou les névroses, n'étant pas sous tendues par une organisation névrotique ou psychotique structurée. Beaucoup d'auteurs les mêlent à la lenteur pour constituer le « caractère épileptique ». Or, non seulement ils peuvent très bien ne pas y être associé, mais ils paraissent beaucoup plus réactionnels aux crises que la lenteur qui peut, d'une certaine manière, être considéré comme faisant partie du processus épileptique lui-même. Ils sont polymorphes mais assez bien circonscrits à la sphère de l'agressivité⁴³.

Les sujets sont d'humeur imprévisible et changeante, irritable le plus généralement, irascibles, querelleurs, méfiants et revendiquant, ils entretiennent avec leur milieu une relation qui suscite l'agressivité en retour de l'entourage, mais ceci de manière épisodique et déconcertante.

Ces troubles sont généralement contemporains d'une récurrence des crises et ils apparaissent comme une tentative pour échapper à deux contraintes qui se renforcent : réduction à la liberté liée à la récurrence des crises, concentration des moyens pour les éviter.

Le « *caractère épileptique* »

La composante essentielle de ce caractère est la lenteur, qui est un des éléments de l'état mental intercritique⁴⁴ dans l'épilepsie et non pas caractéristique de l'épilepsie.

Ce caractère concerne certains sujets souffrant d'épilepsie, affectant leur fonctionnement mental dans ce qu'il peut avoir de fluide, de mobile, de diversifié, d'incertain, d'instable, de

⁴² Minkowska F. ; *Le Rorschach : A la recherche du monde des formes* ; Desclée de Brower 1956

⁴³ Geier & Houssard-Bouchand H.- *Crise épileptique, épilepsie et épileptique*- Encycl. Médi. Chir.- Paris, Psychiatrie, 37250 A10, 1981

⁴⁴ Lemperiere TH. -*L'état mental intercritique dans la comitialité*- « Thèse »- Paris 1953

versatile et d'actif. La lenteur touche l'ensemble de l'activité psychique, quelles que soient ses composantes. Ce mode de fonctionnement poussée au-delà de certaines limites prend une valeur pathologique de plus en plus poussée. Il est décrit avec un ralentissement idéomoteur, persévération, viscosité, hypoactivité psychomotrice, adhérence, bradypsychie...

Il atteint tous les processus mentaux, c'est-à-dire les processus affectifs, cognitifs et conatifs. Lorsque ce mode pathologique est poussé à l'extrême, il peut aboutir à une décharge explosive sous forme d'impulsion et de colère violente. Certains auteurs ont considérés la viscosité et l'impulsivité comme les deux pôles d'un ensemble symétrique.

En réalité, la clinique⁴⁵ montre que l'impulsivité n'apparaît qu'au-delà d'une certaine lenteur et qu'elle n'est que la conséquence d'un mécanisme poussé à l'extrême.

5- Classification des troubles mentaux de l'épilepsie⁴⁶

5-1 Troubles mentaux critiques : ces troubles accompagnent la crise ou lui font immédiatement suite ; On peut noter les éléments suivants :

- Confusion mentale
- Agitation confuse
- Automatismes psycho-moteur (actes inconscients et instinctifs)
- Hallucinations

5-2 Troubles post critiques : les troubles critiques peuvent persister au décours de la crise et éventuellement se développer

5-2-1 Etat confusionnel *post critique* :

- Désorientation temporo-spatiale complète
- Troubles de la mémoire
- Affaiblissements de toutes les opérations mentales, s'y associe toujours l'agitation anxieuse, plus au moins intense, parfois furieuse.

5-2-2 Les états *crépusculaires* : ils constituent un aspect très particulier dans la pathologie des épileptiques, relativement fréquents, ils méritent d'être bien connus car le diagnostic n'est pas toujours évident. Le début est brutal, l'épisode est bref, c'est un véritable équivalent de crises aiguës. L'amnésie post-critique est totale.

⁴⁵ Geier et Houssard-Bouchand H.- *Crise épileptique, épilepsie et épileptique*- Encycl. Médi. Chir.- Paris, Psychiatrie, 37250 A10, 1981

⁴⁶ Harrus M. - *Psychiatrie intégrée de l'étudiant*- Librairie maloine SA. Paris, 1975

- Patient « ahuri », hébété, au minimum perplexe
- Le psychisme donne une impression de « viscosité »
- Les opérations mentales sont ralenties
- L'indifférence affective est habituelle
- On note un certain onirisme, sans pouvoir parler valablement de délire ni d'hallucinations.
- Sentiment d'étrangeté de l'ambiance

L'évolution se fait vers un état fluctuant, avec alternance d'amélioration de la vigilance et d'aggravation de l'état oniroïde.

5-2-3 Troubles mentaux inter critiques : ils sont caractérisés par leur persistance en dehors de tout épisode critique.

a- Psychoses aiguës et chroniques inter critiques :

- Schizophrénie
- Accès d'agitation
- Bouffée délirante

Sur lesquels viennent se greffer l'évolution de la maladie épileptique, par contre, fait intéressant, les EEG des psychoses aiguës inter critiques montrent une absence des signes électriques dits « critiques »

b- Délires épileptiques : chez certains épileptiques, on peut retrouver une organisation délirante de la personnalité.

- Délire de revendication
- Délire d'interprétation
- Délire passionnel
- Les mécanismes sont le plus souvent interprétatifs qu'hallucinatoires.

Conclusion

Les relations et les interactions entre crises épileptiques et fonctionnement mental sont donc fréquentes, plus au moins profondes et toujours très complexes. La psychopathologie nous invite à considérer les constances et les transformations de la structure psychique et leurs conséquences, le degré d'organisation ou de désorganisation des investissements et des défenses. Nous tacherons de reprendre ces éléments, point par point dans les parties qui suivent, et cela dans le but ultime de répondre à nos problématiques et hypothèses de recherche.

Deuxième partie

Méthodologie et démarches d'approche

Introduction

Afin de clarifier d'avantage notre sujet d'étude, il est de grande importance d'apporter une partie pratique établie d'une méthodologie précise et déterminée. En raison des problématiques posées, nous avons opté pour la méthodologie clinique qui s'intéresse à l'évolution du sujet⁴⁷ à travers les entretiens cliniques et le recueil d'éléments historiques. Une rencontre clinique qui a pour but de faire apparaître le sens des comportements pour ce sujet. La méthodologie clinique consiste donc à l'étude du cas. Pour cela le clinicien utilise différentes méthodes tel que l'observation, l'entretien clinique, les tests psychologiques.

Dans notre travail de recherche nous avons utilisé l'entretien clinique qui reste le dispositif de base, il représente à la fois un outil de diagnostic, et un outil de thérapie et de soutien⁴⁸, car, il permet d'accéder aux représentations du sujet, à ses émotions et à son vécu.

Concernant les tests psychologiques, notre choix a été porté sur le test du Rorschach, qui reste l'outil par excellence pour étudier les paramètres des modifications psychiques. En effet, selon Cathrine Chabert⁴⁹, les caractéristiques du test du Rorschach facilitent l'analyse des mouvements régressifs et projectifs tout en sollicitant les mécanismes de perception et d'adaptation au réel, ce qui permet d'accéder au fonctionnement psychique du sujet.

Le Rorschach permet une élaboration de la perception en fonction des préoccupations essentielles du sujet, des modes d'aménagement de sa relation aux objets, des fantasmes et des affects qui sont sous-tendus par les mots-images qu'il livre. Chabert ajoute que le sujet montre dans quelle mesure et comment il s'organise pour faire face à la fois à son monde interne et à son environnement : situation caractéristiques à l'image de la vie, puisqu'il s'agit de se conformer aux limites imposées par la réalité tout en laissant la place possible à l'imaginaire et aux fantasmes.

⁴⁷ Robinson B. ; *Psychologie clinique, de l'initiation à la recherche* ; Beock Université, 2005, p 18

⁴⁸ Samarcher R. ; *Béatrice Alexandre- Psychologie clinique et psychopathologie* ; Bréal, 2005, p 379

⁴⁹ Chabert C. ; *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique* ; DUNOD, Paris, 1997

Chapitre I

Méthodes et outils d'évaluation

Chapitre I : Méthodes et outils d'évaluation

1- L'entretien clinique

L'entretien clinique se définit⁵⁰ comme une situation de communication particulière entre un psychologue clinicien et un patient, c'est une interaction, essentiellement verbale, entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé (plus au moins formellement). C'est notamment cette caractéristique qui différencie l'entretien d'une discussion verbale.

L'entretien se situe toujours dans une relation thérapeutique loin de toute subjectivité⁵¹ de la part du psychologue clinicien, il s'agit d'un entretien très particulier où le clinicien se veut toujours bienveillant où il devra disparaître autant que possible sa problématique personnelle.

Lors d'un entretien clinique, la communication apporte beaucoup. Cependant, il faut prendre en considération l'ensemble des réactions, en particulier la mimique, le regard, la gestuelle, et les silences.

Les entretiens diffèrent en fonction du contexte dans lequel ils ont lieu : en fonction du cadre et de la demande. Plusieurs techniques peuvent être utilisées allant de l'interrogatoire à l'entretien non directif en passant par l'entretien semi-directif⁵².

- L'entretien directif : on parle d'entretien directif, lorsque le psychologue détermine lui-même les thèmes de l'échange et induit les réponses. Ceci suppose un protocole d'entretien prédéterminé qui délimite le champ d'investigation, voir un questionnaire précis.
- L'entretien non directif : le psychologue laisse l'interlocuteur parler librement, « par associations libres » autour d'un thème. Il reste à l'écoute, repère l'enchaînement des thèmes dans le discours,, aide éventuellement par des « relances » pour que la personne élabore son point de vue personnel. Il doit rester vigilant afin de ne pas orienter, à son insu, le discours dans le sens qu'il souhaite.
- L'entretien semi-directif : ce type d'entretien constitue le dispositif de base du psychologue clinicien. Ce dernier détermine avant l'entretien un certain nombre de thèmes ou de questions à explorer, puis au cours de l'entretien, il veille à ce que l'ensemble des points soient abordés par le patient et à son gré, c'est-à-dire dans un ordre qui peut être différent de celui prévu par le psychologue. Si les points déterminés

⁵⁰ Chiland C. ; *l'entretien clinique* ; PUF, Paris, 1985

⁵¹ Benony H. ; *l'entretien clinique* ; DUNOD, Paris, 2003

⁵² Samarcher R. , Béatrice Alexandre ; *Psychologie clinique et psychopathologie* ; Bréal, 2005, p 382

préalablement ne sont pas abordés spontanément par le patient, il peut alors intervenir directement par une question ouverte pour obtenir l'expression désirée.

Au cours de ce type d'entretien et durant l'exploration de chaque thème ou question, l'attitude du psychologue reste la plus « non directive » possible, c'est-à-dire, interventions de type écoute empathique, ou éventuellement question ouverte pour faciliter l'expression sans pour autant suggérer des pistes de réponses ou manifester un quelconque jugement.

2- Le test du Rorschach

2-1 Présentation de l'auteur

Hermann Rorschach (1884 – 1922)⁵³ est né à Zurich, en Suisse, d'un père professeur d'art, il est lui-même doué pour cette matière, excellent dessinateur et passionné de peinture. Il hésite entre cette voie et les études médicales et choisit finalement la médecine en se spécialisant en psychiatrie.

H. Rorschach a principalement travaillé à l'élaboration d'un test projectif publié en 1921, destiné à évaluer les caractéristiques psychologiques d'un individu d'après la manière dont il réagit à des tâches d'encre.

2-2 Présentation générale du test du Rorschach

H. Rorschach a inventé en 1921 un test de taches d'encre qui permettait non plus d'étudier l'imagination comme ses précurseurs l'avaient tenté, mais d'établir un diagnostic psychologique de la personnalité, qu'elle soit normale ou pathologique⁵⁴.

Le test du Rorschach est donc un outil clinique de l'évaluation psychologique de type projectif élaboré par un psychiatre. Il consiste en une série de planches de taches symétriques et qui sont proposés à la libre interprétation de la personne évaluée.

H. Rorschach élabore une méthode pour interpréter ces taches d'encre. Dans ces écrits, il reste vague sur le choix de telle ou telle planche, mais finalement, il aboutit à une série d'une dizaine de planches qu'il exploitera dans ces travaux cliniques. En effet, après quelques années de recherches, ses premiers résultats indiquent que sur la base des réponses à ces taches d'encre, il est notamment possible de distinguer les malades schizophrènes des autres déments.

Le test du Rorschach est largement utilisé en psychologie clinique et pathologique pour l'évaluation du fonctionnement psychique. Il comprend dix planches présentées dans un ordre précis, le sujet étant invité à dire « tout ce à quoi les planches lui font penser ».

⁵³ www.wikipedia.org

⁵⁴ Chabert C. ; *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique* ; DUNOD, Paris, 1997

La passation se déroule en deux séquences : la première dite « spontanée », la deuxième appelée « enquête » au cours de laquelle le sujet précise et développe ses réponses.

L'analyse du protocole requiert d'abord de la cotation des réponses en référence au système mis au point par H. Rorschach. Les données sont ensuite regroupées quantitativement puis soumises à une analyse qualitative permettant d'augmenter l'interprétation. L'intérêt du test relève de l'interprétation approfondie des facteurs en termes de conduites psychiques : il s'agit, en effet, de saisir les modalités du fonctionnement dont dispose le sujet, aussi bien dans les registres conflictuels qui le structurent que dans l'organisation défensive qui le caractérise. Le Rorschach dans la mesure où il induit des mouvements régressifs importants, peut être considéré tout d'abord comme une épreuve des limites (entre dedans et dehors, entre sujet et objet), testant les fondements narcissiques de la personnalité.

2-3 Application du test

2-3-1 Consignes⁵⁵

On dépose les planches cachées et ordonnées de I à X. On présente au sujet la composition du matériel du test, on lui explique les objectifs, on l'encourage lui signifiant qu'il n'ya pas de bonnes ou de mauvaises réponses, que tout est permis, qu'il n'ya pas d'interdit et on le rassure surtout sur la confidentialité de l'examen.

Pour éviter toute précipitation du sujet, et pour ne pas entrer dans une compétitivité, l'examineur doit insister sur le fait qu'il peut prendre tout son temps.

On donne les planches une par une dans le bon sens en leur disant qu'ils peuvent les manipuler.

A la prise de la première planche, on annonce la consigne : « Qu'est ce que cela invoque chez vous ?, ou, Qu'est ce que cela pourrait représenter pour vous ? ».

A chaque planche donnée, on chronomètre « le temps de latence » : manipulation de la planche avant la réponse. Et le temps de réponse : la verbalisation.

On note aussi le sens de la prise de la planche au moment de sa prise en main par l'examiné grâce aux symboles suivants :



Ce symbole indique la prise de la planche dans le sens inverse.



Ce symbole indique la prise de la planche dans le bon sens



Ce symbole indique la manipulation de la planche dans le sens rotatif.

⁵⁵ Loosli M. ; Usteri ; *Manuel pratique du test du Rorschach* ; Hermann, Paris 1976, p 23

Durant la passation, il faut prendre en considération tous les éléments qualitatifs : verbalisation, sentiments, attitudes, tics, soupirs, critiques, commentaires, remarques sur la symétrie.

2-3-2 L'enquête

A la fin de la passation, on passe à l'enquête qui consiste à objectiver les réponses par rapport à la forme, la couleur, et la localisation qui situent l'image donnée. En d'autres termes il faut localiser les déterminants de la réponse. Aussi, la question sauf équivoque suivante répond à l'objectif de l'enquête : « A quoi reconnaissez vous ce contenu ?, cette phrase permet d'avoir des précisions et des nouvelles réponses que l'on doit noter.

2-3-3 L'épreuve du choix⁵⁶

Après l'enquête, on demande quelles sont les planches que le sujet a préféré, et quelles sont les planches que le sujet n'a pas aimé. Un pourquoi est nécessaire dans les deux cas, on laisse le sujet développer ses réponses.

2-4 Cotation

Pour chaque réponse donnée, il faut prendre en considération les éléments⁵⁷ suivants : les localisations, les déterminants, et les contenus.

2-4-1 Les Localisations

Ces dernières répondent aux questions suivantes : où se situe l'image ?, à quel niveau ?

G : Réponse globale, planche perçue dans sa totalité

D : Réponse Grand détail

Dd : Réponse qui prend en considération un petit détail : c'est le détail du détail.

Dbl : Réponse fixé à un détail dans le blanc

Do : Détail oligophrénique (réponse très bizarre)

DI : Détail d'inhibition

2-4-2 Les déterminants

C'est ce qui détermine la réponse, ce sont les caractéristiques qui vont identifier l'objet. Quatre types de déterminants prépondérants permettent de dire sur quelle base le sujet a perçu l'objet : la forme, la couleur, l'estompage et la kinesthésie.

⁵⁶ Loosli M. ; Usteri ; *Manuel pratique du test du Rorschach* ; Hermann, Paris 1976, p 27

⁵⁷ Rausch de Traubenberg N. ; *La pratique du Rorschach* ; PUF, Paris, 1970

➤ *Les formes*

F+ : bonne forme en adéquation avec la réponse

F- : mauvaise forme, ne répond pas à la forme de l'objet perçu, non identifiée.

F +/- : plus au moins bonne forme (hésitation), ambiguë, indéfinie, non précis

- *Les couleurs* : on les observe dans les deux premières et les trois dernières planches, on va évaluer l'impression de la couleur dans la réponse.

C : utilisation de la couleur

FC : la forme précède et domine la couleur chromatique

FC' : la forme précède et domine la couleur noir, grise et blanche achromatique

CF : dominance couleur associée à la forme

- *L'estompage* : quand il ya nuance de couleurs, quand la réponse est co-déterminée, le sujet parle de dégradé, notion d'épaisseur, de profondeur, de transparence, d'impression.

E : Réponse dépourvu de forme, chargé de flou, de sensation et d'impression

FE+ : Estompage plus forme précise

EF+ : Estompage prépondérant sur la forme

FE- : quand la forme n'est pas adéquate mais dominante

EF : Quand la forme est indéterminée

- *La Kinesthésie* : attribution de mouvements

K : elle concerne les humains : quand il ya forme correcte on met K, si la forme est mauvaise, on met K-

- *Clob* : Clair-obscur est déterminée par un effet massif et étendu, uniformément sombre de la tache entière.
- *Choc* : Quand le sujet répond « c'est une catastrophe », « c'est horrible »

2-4-3 Les contenus⁵⁸

⁵⁸Rausch de Traubenberg N. ; *La pratique du Rorschach* ; PUF, Paris, 1970

C'est une réponse à la question : Quoi ?, on va mettre une catégorie, une appellation au contenu

H : Humain

Hd : Détails humain

(H) : Personnages mythologiques, imaginaires

A : Animal

Ad : Détail animal

Anat : anatomie

Sg : sang

Sexe

Objet

Nature

Géo : Géologie

Archi : Architecture

2-5 : Signification symbolique des planches⁵⁹

Planche I : elle prend valeur d'une amorce de contact, qui selon le cas peut engendrer une angoisse devant l'inconnu, une dépendance devant l'adulte ou une multiplication des défenses.

Planche II : c'est la planche sexuelle, elle exprime l'angoisse de castration, structure bilatérale offrant un support adaptatif aux modes de relation préœdipien ou œdipien.

Planche III : fait référence au couple parental et/ou à la représentation de soi face à un semblable.

Planche IV : représente l'idée de puissance relative au père, cette image a force de loi, c'est la planche de référence de l'identification pour les garçons, objet du choix libidinal.

Planche V : planche compacte, unitaire renseigne sur le sentiment d'intégrité et le concept de soi.

Planche VI : cette planche est très chargée d'implication sexuelles, bien qu'elle soit bisexuée, c'est la dimension phallique qui est d'avantage utilisée. Elle exprime l'énergie pulsionnelle mise en jeu par le sujet.

⁵⁹ Rausch de Traubenberg N. ; *La pratique du Rorschach* ; PUF, Paris, 1970

Planche VII : planche maternelle, exprime la carence, le vide et l'insécurité par rapport à la relation mère enfant (à un niveau archaïque), comme elle peut exprimer des affects positifs dans une circularité continue.

Planche VIII : exprime le besoin de représentation de l'intérieur du corps, elle concerne surtout la perte de l'intégrité corporelle.

Planche IX : symbolise l'expression de l'image maternelle prégénitale ou la représentation sexuelle primitive. Elle peut susciter des inhibitions ou des blocages, par un modèle perceptif prévalent difforme.

Planche X : favorise la fonction ludique qui permet la découverte du mode objectif : créativité, imaginaire chez l'enfant. Elle permet de délier ce qui est en relation symbolique avec la mère.

2-6 Le test du Rorschach et l'épilepsie

Plusieurs auteurs ont procédé à l'utilisation du test du Rorschach dans leurs travaux concernant l'épilepsie, essentiellement pour étudier la personnalité épileptique et d'éventuelles caractéristiques. Cependant, les résultats sont fort variés, ce qui reste sans doute liés aux points suivants :

- La différence de la méthodologie d'étude
- Le nombre de cas étudié
- Les problématiques et les hypothèses de l'étude
- Les différentes formes d'épilepsie
- Les troubles associés à la maladie de l'épilepsie

En effet, H. Rorschach⁶⁰ a procédé lui-même à l'étude d'un groupe d'épileptiques comprenant trois femmes et dix-sept hommes, il ressort de son étude les observations suivantes : un temps de réaction relativement plus long que la moyenne, des remarques sur la symétrie, des jugements de valeur, des références personnelles, et des dénominations de couleur.

Arluck⁶¹ en 1940, dans son étude sur la personnalité épileptique prend quatre groupes de seize personnes comprenant des épileptiques, des frères et sœurs d'épileptiques, des malades cardiaques, et des sujets normaux. Il ressort avec les conclusions suivantes : les épileptiques ont un temps de réponse et des signes de tension émotionnelle plus élevé que tous les autres groupes. En outre, de même que les cardiaques, ils présentent plus de conflits dans leurs configurations de base de la personnalité. Les frères et les sœurs d'épileptiques diffèrent des

⁶⁰ Delay J. ; Pichot P. ; Lempérière T. ; & Perse J. ; *Le test de Rorschach et la personnalité épileptique* ; PUF, Paris, 1955, p 30

⁶¹ Idem, p 53

normaux et se rapprochent des épileptiques sur deux points : petit nombre de réponse G, et une relative importance des signes de tension émotionnelle.

Lisansky⁶² en 1948, a un groupe d'épileptiques et un groupe de diabétiques, une seule différence est significative, c'est l'augmentation du temps par réponse chez l'épileptique, deux autres sont à la limite de la significativité : la baisse du nombre des réponses Kinesthésiques et la baisse des réponses banales chez les épileptiques toujours.

Le but du travail de Davies Eysenck en 1950 était de démontrer l'existence de tendances névrotiques chez les épileptiques, il a étudié 28 épileptiques idiopathiques, d'un âge moyen de 32 ans, les résultats furent comparés aux normes établies sur des sujets normaux au cours de différentes recherches antérieures. Les résultats des épileptiques sont plus normaux que ceux des malades névrotiques examinés, il conclut à la possibilité de considérer que les épileptiques présentent un certain degré de « névrosisme ».

Piotrowski⁶³ distingue 14 traits du psycho gramme du Rorschach présents chez les épileptiques :

- Un temps de réaction supérieur à une minute
- Moins de deux Kinesthésies
- Fréquence de réponse couleur
- Moins de 70% de bonnes formes,
- Moins de 5 % de réponse banales,
- Persévération à travers 3 planches,
- Description d'au moins une planche,
- Meticulosité,
- Commentaire descriptif,
- Remarques de symétrie
- Moins de 5 ou plus de 10 formes globales,
- Temps initial moyen de réaction supérieur à vingt secondes,
- Choc clair obscur
- Interprétation à caractère de lutte, d'hostilité

⁶² Idem, p 77

⁶³ Delay J. , Pichot, Lempérière T. & Perse J. ; *Le test de Rorschach et la personnalité épileptique* ; PUF, Paris, 1955 ; p 52

Chapitre II

Etude de cas et résultats du Rorschach

Chapitre II : Etude de cas et résultats du Rorschach

1- Présentation des cas cliniques

1-1 Le premier cas

1-1-1 Biographie du cas

Mr. A. âgé de 31 ans, issue d'une famille de niveau socio-économique moyen, il est le seul garçon d'une fratrie de cinq enfants. Son père retraité, âgé de 73 ans, sa mère femme au foyer âgée de 69 ans.

Le niveau scolaire de Mr. A est de 3^{ème} année moyenne (collège), il a arrêté ses études pour rejoindre la manufacture de chaussures. En effet, le père a monté une manufacture de chaussures au début des années 80. Mr. A, a travaillé avec son père, il a occupé le pôle commercial, quand au père, il prenait en charge la direction et la gestion de la manufacture. Fin 2003, ce dernier, prend sa retraite et lègue la gestion à son fils. Mr. A prend donc, la direction ; Cependant, dès les premiers mois, il rencontre des problèmes importants, car il a du mal à gérer le personnel ce qui a eu un retentissement sur la production, et une mauvais rendement. Il a caché à son père pendant plusieurs mois ses difficultés dans la gestion. Quand, le père s'en aperçoit, il s'est retrouvé les bras croisés, il ne pouvait rien faire, c'était trop tard.

Les problèmes s'aggravaient de jour en jour, jusqu'à ce qu'il déclare faite en 2005, et ferme la manufacture. En voyant l'effort de toute une vie disparaître en peu de temps, le père portait son fils pour l'unique responsable. Depuis, le père et le fils entretiennent une relation conflictuelle. Actuellement, ils ne se voient presque plus, la mère a essayé d'arranger cette relation, sans résultats, car Mr. A est convaincu qu'il n'y est pour rien, alors que le père en est convaincu du contraire.

Mr. A s'est marié en décembre 2004 avec sa cousine âgée de 23 ans, elle est sans emploi, d'un niveau scolaire secondaire, elle a arrêté ses études après les fiançailles. Une fois marié, le couple s'installe dans le domicile de la grande famille (chez les parents de Mr. A).

Les problèmes qu'avait Mr. A avec son père ont eu un impact important sur la vie du couple, en effet, depuis la première semaine du mariage, le couple vit au rythme des disputes quotidiennes, ils ont du mal à s'entendre. A fin de sauver son couple, il décide de quitter le domicile de la grande famille pour s'installer à son propre compte dans un appartement que le père possédait, il raconte qu'il a dû défoncer la porte pour rentrer et s'installer, car, son père avait refusé de le laisser occuper dans l'appartement.

Sous l'influence de la mère, le père accepte et les laissent vivre là-bas. Durant cette période, la mère apportait énormément à son fils, il était sans emploi, il avait du mal à subvenir aux besoins de sa famille.

Cependant, les disputes conjugales se faisaient régulières, pratiquement tous les jours, pour un rien, Mr. A s'emportait et devenait violent, incontrôlable allant jusqu'à tabasser sa femme et sa fille. L'épouse et la fille de 4 ans vivaient au rythme des disputes d'une extrême violence, l'épouse se montrait patiente et calme jusqu'au jour où, Mr. A. a frappé violemment sa fille, il

l'a enfermé dans la terrasse, et a empêché sa femme d'aller voir sa fille. Devant les cries de la mère et de sa fille, les voisins ont appelés les gendarmes pour qu'ils interviennent. L'épouse décide alors de quitter le domicile familial, alors qu'elle était enceinte de 5 mois, elle a demandé le divorce, et a accouché de sa deuxième fille chez ses parents.

La petite fille n'accepte plus de revoir son père, elle l'appelle par son prénom, elle posait des questions en permanence à sa mère afin d'être sûre qu'elle ne retournait pas vivre chez son père, elle a aussi demandé à son grand père s'il voulait bien qu'elle l'appelle « papa ». Ce qui a rendu Mr. A. fou furieux, il refuse d'aller la voir.

Actuellement, le couple a divorcé, Mr. A. vit seul. Après des années de chômage, il s'est mis à travailler comme vendeur dans un magasin de prêt à porter pour hommes.

1-1-2 La pathologie de l'épilepsie chez Mr. A

Mr. A. souffre de la pathologie de l'épilepsie depuis 2005, il n'a jamais fait l'objet de convulsion avant cette date, on ne retrouve pas de terrain d'épilepsie dans la petite famille (parents, frères et sœurs), par contre il a deux tantes qui souffrent de cette pathologie, une de côté maternel et l'autre du côté paternel, rappelant que ses parents sont des cousins, les tantes sont sous traitement antiépileptique, la première traîne cette pathologie depuis son enfance, alors que la deuxième depuis son adolescence.

La première crise est survenue donc en 2005, vers 3-4 heures du matin alors qu'il dormait. L'épouse raconte que le corps de son mari s'est mis brusquement à se secouer, ne sachant pas ce qu'il lui arrive, elle a essayé de le réveiller, mais sans résultats, après quelques secondes, il s'est mis à ronfler brouillement, là, aussi, elle a essayé de le réveiller, mais il ne répondait toujours pas. Prise dans un état de panique, elle a appelé ses parents pour qu'ils lui viennent en aide. Après son réveil, il a ressenti une importante fatigue et des courbatures, il avait même mordu sa langue. Il a été hospitalisé, puis sorti le jour suivant, aucun traitement et aucun examen n'ont été prescrits.

Deux jours après la première crise, les mêmes manifestations se sont reproduites, toujours la nuit dans son sommeil. Le matin sous l'influence de son épouse, Mr. A. décide d'aller consulter un médecin spécialiste.

La consultation chez ce dernier, a comporté, un récit des manifestations problématiques de la part de l'épouse, un examen neurologique, et un examen complémentaire : EEG (Electroencéphalogramme), le tracé encéphalographique a montré une perturbation importante. D'autres examens complémentaires ont été prescrits par le médecin : Scanner et IRM, afin d'investiguer sur le terrain lésionnel.

Le scanner et l'IRM n'ont rien révélé de suspect, aucune lésion au cerveau, Mr. A. continuait d'avoir des crises avec une fréquence irrégulière. Quelques temps après, le diagnostic d'épilepsie idiopathique avec crise de type grand mal généralisée a été posé, et un traitement antiépileptique à base de Dépakine 500 est instauré à raison d'un comprimé par jour.

1-2 Le deuxième cas

2-1-1 Biographie du cas

Mr. N., âgé de 32 ans, célibataire, issue d'une famille aisée, comprenant deux garçons et deux filles. Son frère âgé de 40 ans, marié, médecin généraliste et vit en dehors du domicile familial. Sa sœur âgée de 37 ans, mariée, ophtalmologue. Quand à la deuxième sœur, 28 ans, célibataire, enseignante au collège.

Sa mère, retraitée, elle exerçait comme enseignante de langue Française au lycée, le père est retraité aussi, il était commerçant.

Mr. N. vit chez ses parents ainsi que sa sœur cadette, il est sans emploi, il a arrêté ses études en deuxième année secondaire. Trois ans après, il entame une formation d'aide comptable, il obtient son diplôme de formation après deux ans d'études.

Depuis son enfance, Mr. N. a reçu une protection exceptionnelle de la part de sa famille, essentiellement de la mère. Avant ses 5 ans, elle l'emmenait avec elle au lycée, elle le mettait au fond de la classe et lui demandait de ne pas bouger afin de ne pas perturber les élèves.

A l'école aussi, Mr. N ; bénéficiait d'une certaine faveur, vu que sa mère connaissait le directeur d'école. Il était trop protégé par les enseignants.

Au lycée, il a rencontré beaucoup de problèmes avec ses camarades, là aussi sa mère a essayé d'intervenir. Elle allait même parler à ses camarades pour qu'ils changent de comportement et d'attitudes avec lui.

Une fois sa formation d'aide comptable terminée, Mr. N. voulait travailler, seulement sa famille s'y est opposée, de peur qu'il ne s'adapte pas, ou qu'il rencontre des problèmes. Son père décide alors d'aménager une terrasse de café à la maison pour son fils, la mère s'est vu soulagée, car elle pouvait surveiller constamment son fils.

Mr. N. était donc le gérant de cette terrasse, cependant, il avait du mal à gérer les clients et le personnel, ce qui a eu un impact important sur sa maladie et sa santé. Suite aux difficultés rencontrées, le père décide de mettre un terme au travail de son fils, et de louer cette terrasse à un particulier, il a aussi interdit Mr. N. de s'approcher de la terrasse. Ce dernier retrouve le chômage, et passe toutes ses journées à la maison à ne rien faire.

2-1-2 La pathologie de l'épilepsie chez Mr. N.

Mr. N. souffre de crises épileptiques depuis ses 9 mois, en effet, tout a commencé avec des myoclonies fébriles, qui ont induit des crises de type grand mal généralisée à 5 ans. A cet âge, un traitement antiépileptique fut instauré à base de Dépakine.

A l'adolescence, la fréquence de crises a considérablement augmenté malgré le traitement, ce qui la poussé à arrêter ses études. Après un ajustement de traitement et une stabilisation de

crises, il reprend une formation. Actuellement Mr. N. est toujours sous traitement (Dépakine, Gardénal, Rivotril), il ne fait plus de crises.

Depuis ses 5 ans, Mr. N. passait par des périodes où les crises épileptiques étaient fréquentes, d'autres où y'en avait moins, et des périodes sans crises. Les entretiens avec les proches nous ont permis de tracer les périodes importantes de sa pathologie :

- A 5 ans, on note la survenue de la première crise grand mal, qui sera suivie par une longue série de crises, pratiquement tous les jours. Il a été suivi par des neurologues à l'hôpital, un traitement antiépileptique a été instauré. La mère rapporte que la stabilisation des crises n'était pas immédiate à la prise du traitement, la fréquence a commencé à baisser petit à petit jusqu'à l'arrêt des crises après un mois environ. Cette période correspond à la rentrée scolaire, rappelant qu'il a été scolarisé jeune.
- A 15-16 ans, Mr. N. commence à avoir des problèmes au lycée avec ses camarades de classe, il était rejeté par le groupe, il avait du mal à s'intégrer, à avoir des amis, personne ne s'intéressait à lui, parce que d'une part il avait du mal à aborder les gens, et d'autres part les crises d'épilepsie étaient trop fréquentes, ce qui rendait le regard des autres plus difficile à supporter. La mère évoque qu'il ne se passait pas trois, quatre jours sans que le directeur du lycée appelait pour qu'ils aillent le chercher. Suite à ces événements, les parents ont pris la décision d'arrêter leur fils du lycée.
- Après l'arrêt des études, la fréquence des crises a considérablement baissé, jusqu'à la disparition totale des crises, à ce moment là, les parents décide de l'inscrire dans une formation d'aide comptable, durant les deux années de formation, il a fait au total trois ou quatre crises. Il s'est même fait un ami, selon la sœur, c'est le seul ami qu'il a eu. C'était une personne plus âgée que lui et mature, cependant, il ne l'a plus revu après la formation, car ce monsieur avait quitté la ville.
- La formation terminée, Mr. N. retrouve le chômage, ses parents ne le laisse pas travailler, pour eux c'est une personne trop fragile qui a du mal à s'imposer dans un milieu social et professionnel. On note à cette période une stabilisation des crises.
- Après l'influence de la fratrie pour que Mr. N. travaille, le père décide d'ouvrir une terrasse de café à la maison, Mr. N. occupe le poste de gérant, et les bénéfices lui reviendront. Il faisait ce travail avec gout et passion. Cependant, il avait du mal à s'affirmer ou à s'imposer avec les clients qui ne payaient pas, ne sachant pas comment réagir pour demander ses droits, il se mettait à courir derrière eux et les insulter, le personnel a du intervenir pas mal de fois pour remettre de l'ordre. Les crises étaient

présentes, surtout dans les moments de grand malaise, la sœur rapporte qu'il n'arrivait pas à les stabiliser.

- Après un an de travail, et des problèmes dans la gérance de la terrasse, le père décide alors d'arrêter son fils de son travail et de louer la terrasse à un particulier. Depuis, Mr. N. ne fait plus de crises, ce qui révèle un profond déficit de sociabilité.
- Le mois qui a suivi l'arrêt du travail, les proches notes des bizarreries de comportement et des discours que qualifie la famille de « pas logique ». Ces états attestent de l'installation d'un déséquilibre psychique.

2-1-3 La symptomatologie du trouble psychotique

Depuis le mois de Février 2010, son entourage a commencé à observer un changement dans son comportement. Tout a commencé avec des insomnies et des veillées, en effet, Mr. N. passait toutes ses nuits sur la terrasse de la maison pour surveiller. Il avait l'impression que la maison et la cafétéria étaient en danger, car, un groupe de mafias leur veulent du mal. Peu à peu le délire s'est structuré, Mr. N. voyait des caméras partout, le moindre petit appareil devenait une arme sophistiquée de la mafia. Les bruits de voitures, de motos représentaient un grand danger pour lui.

Ce n'est qu'au mois de juin que Mr. N. a été amené en consultation chez un psychiatre, il a été mis sous neuroleptiques, le psychiatre pose le diagnostic de trouble psychotique avec délire et hallucinations à thème persécutoire.

2- Résultats du Rorschach et interprétation des données cliniques

2-1 Le premier cas : Mr. A.

2-1-1 Protocol : (page suivante)

2-1-2 Epreuve complémentaire du choix :

- Planches préférées : VII, VIII, X
- Planches détestées : III, IV
- Planches mises de côté : I, II, V, VI, IX

2-3 Résumé numérique :



Modes d'appréhension	Déterminent des interprétations	contenus des interprétations
G 6	F+ 2	A 1
D 1	K 1	Ad-
Dd -	K -	H 6
Do -	CF 2	Hd -
Dbl 2	FC 3	obj -
DG 3	Kob 1	plante -
		Nat -
		Pay -
		Anat 1

Type de résonance intime $K < C : 4 < 3.5$: extratensif mixte

F% = 45.45%	IA% = 18%
H% = 54.54 %	G% = 56%
A% = 9.09 %	D% = 13%

Tab 4 : Résumé numérique du psychogramme de Mr A.

2-1-1 Protocole : Le premier cas : Mr. A.

Planches	Temps Total	Orientation	Réponses	Enquête	Cotation
I	4'33	V	Masque noir	Les yeux et les deux extrémités de la bouche en blanc	G, Ddbl , FC prime, objet
II	2'15	○	Rien, je ne vois rien	Un gros nez blanc, des yeux en blanc, les oreilles aussi, la bouche en rouge, ce qui exprime un visage	Ddbl, DG FC, H
III	3'20	○	Deux femmes qui lavent le linge	L'une en face de l'autre, et le linge au milieu	G, F+, H, K
IV	4'16	V	Un homme allongé	On voit la tête, jambes et les pieds, ainsi que les deux bras, toute la partie en noir	DG, F+, H
V	2'	V	Chauve souris	La tête en haut, ses ailes ouvertes et ses pattes en bas	G, F+, A
VI	3'43	○	Deux nuages noirs	Deux nuages qui se rencontrent, ils annoncent un orage	G, FC, Kob,
VII	1'56	V	Scanner Radio	Un scanner pour le cerveau, la parie noire	G , F-, Anat
VIII	1'59		Tête d'un clown	Les oreilles et le nez en rouge, les cheveux en orange	G, CF, Hd,
IX	3'58	V	Tête d'un humain	Les yeux en haut, le nez au milieu, la bouche en bas, mais la tête est défigurée	DG, H, F,
X	4'20		Peinture d'enfants	Il ya trop de couleurs, et c'est dessiné n'importe comment, c'est peut être des visages, ou un corps humain	G, CF, C, H

2-2-4 Les traits saillants

- Un temps de latence trop long par rapport à la normale (20 secondes chez l'adulte)
- Réponses très courtes, phrase trop petites
- Temps total de la planche long par rapport au contenu de la réponse.
- L'accent principal des modes d'appréhension est sur le G (global)
- Un petit nombre de réponses D (détail) par rapport aux G (global), notant que la médiane tourne autour de 15 à 21, alors que chez notre cas est de 1, ce qui est l'indice d'une pensée trop peu concrète.
- Une réaction au fond blanc dans la première et la deuxième planche, Rorschach⁶⁴ voyait dans les Dbl l'expression d'une attitude opposante qui se dirige tantôt sur la personne même du sujet, tantôt vers le dehors.
- Refus de la deuxième planche, rappelant que cette planche représente la planche sexuelle, elle exprime l'angoisse de castration : mode de relation précœdipien et œdipien.
- F% = 45% (75% chez le sujet normal)⁶⁵, ce qui revient à dire que les conduites du sujet sont dirigées par l'affectivité.
- Un H% très élevé 54% chez le cas (15 à 20% dans la normale)⁶⁶.
- Un A% très bas (09,9%) par rapport à la normale (25 à 75 chez l'homme)⁶⁷
- La VIII et la X sont prises à l'inverse, le sujet a retourné les planches lentement, pour les laisser dans le sens inverse.
- Les planches préférées sont :

La VII, c'est la planche maternelle, rappelant que le sujet garde toujours un contact avec la mère, et va régulièrement lui rendre visite même avec les grands problèmes qu'il a avec son père.

La VIII planche, elle exprime le besoin de représentation de l'intérieur du corps, le sujet donne une réponse qui n'est pas banale, pour lui cette planche représente « un clown », le sujet représente son corps comme étant un personnage dont tout le monde se moque, il fait sans doute référence à sa maladie. Nous retrouvons cette dernière dans ses propos lors des entretiens cliniques : il n'accepte pas sa maladie, pour lui son corps est défaillant, il a du mal à le représenter de l'intérieur, il représente donc uniquement le côté physiologique du corps : le corps grotesque de l'épileptique.

La X planche, elle est liée aux représentatifs infantiles et à leur créativité, pour le sujet cette planche représente « une peinture d'enfants », c'est une reconnaissance d'un mode objectif familial.
- Les planches détestées sont :

⁶⁴ Loosli- Usteri ; *Manuel pratique du teste de Rorschach* ; Hermann- Paris, 1976, p 41

⁶⁵ Idem ; p 45

⁶⁶ Idem ; p 90

⁶⁷ Idem ; p88

La III, cette planche fait référence au couple parental.

La IV, c'est la planche qui représente l'idée de puissance relative au père, le sujet est en conflit avec son père.

- Le TRI évoquant que le sujet est extratensif mixte, relatif à un caractère vif et actif, avec des tendances égocentriques.

2-2-5 Interprétation du test

a- Comportement

Le sujet présente une résistance affective, le rythme du teste est très lent, il prend tout son temps pour répondre. Au fur et à mesure que le test se déroule, le sujet devient de plus en plus distrait, et a du mal à se concentrer, le test est entrecoupé par de nombreuses absences d'une durée importante, manifestant sans doute une certaine intensité sentimentale et émotionnelle.

Cette intensité émotionnelle se manifeste par de l'angoisse, le sujet paraît anxieux, tendu, il n'arrête pas de se tortiller les doigts, de bouger les jambes, il a du mal à se concentrer sur les planches, par moment, on a l'impression qu'il pense à autre chose, qu'il va loin, et d'autres moment, il bloque, il n'arrive pas à verbaliser, à former une phrase, ou tout simplement à dire ce que cette planche représente pour lui. Le sujet n'éprouve pas d'intérêt à passer un test projectif.

Rappelons aussi que le sujet avait du mal à accepter l'idée d'être examiné par un test. A l'annonce du test, il n'a pas dit oui tout de suite, il nous a fallu une séance pour lui expliquer le but du test, lui parler du matériel, et surtout de l'importance de ce test.

b- Analyse des réponses

- Les modes d'appréhension : Le protocole de Mr. A. montre une dominance des réponses G, ces réponses marquent le moulage à une perception dominante sans effort personnalisé d'élaboration ou de construction. Une majorité de G peut mettre en évidence une attitude défensive qui consiste à ne pas s'impliquer dans une recherche plus approfondie ou plus personnelle. En ce sens, l'absence de curiosité face à l'objet externe qui constitue le matériel peut aller de pair avec une absence de curiosité pour la réalité interne du sujet ou au moins montrer le désir de ne pas se livrer en se dévoilant à l'autre par une implication plus manifeste. Ce type de mobilisation défensive peut renvoyer au refoulement, le sujet perçoit des significations très vives dans les détails de la planche, mais en garde le secret en maintenant une globalité qu'il juge plus neutre. Le sujet refuse donc de s'impliquer.
- Les déterminants formels : nous discutons dans ce point les réponses F qui représentent la forme. L'apparition de ces réponses est normale. Un nombre suffisant

de réponse F, soit 60%⁶⁸ chez le normal, témoigne de l'utilisation par le sujet d'un mode de fonctionnement courant, habituel, normal, nécessaire qui consiste à cerner la réalité au plus près de son contenu formel dans un mouvement d'adaptation réaliste, opérant dans la mesure du possible.

Dans le protocole de Mr. A. on retrouve un pourcentage relativement bas par rapport à la norme ce qui implique une obéissance de base à la consigne qui consiste à se mouler aux cadres perceptifs prégnants.

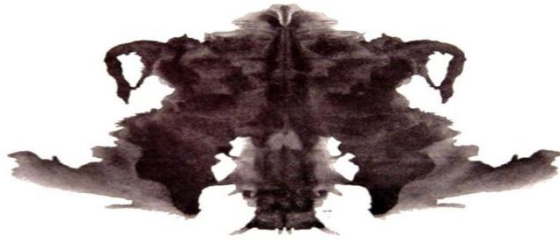
c- Les expressions de base : ce sont les expressions du sujet, les « mots-images » qui nous permettront de nous orienter dans ce test, les éléments fournis par ce sujet sont très intéressants malgré le nombre réduit des réponses.

Productivité et temps : comme il a été noté, le sujet présente un temps de réaction long. En effet, la première planche marque une fuite en avant. On remarque un écart relativement important entre la présentation de la planche et l'apparition de la première réponse, cette planche représente le temps le plus long du protocole.

En plus de la première planche, on remarque un temps de latence très long pour la IV, VI, IX, et la X planche.

Une première question revient à s'interroger sur le sens de cet allongement considérable du temps de réaction.

⁶⁸ Loosli- Usteri ; *Manuel pratique du teste de Rorschach* ; Hermann- Paris, 1976, p 45



La IV planche représente l'idée de puissance relative au père, le sujet est en situation de conflit avec son père. La VI représente la planche sexuelle, la IX représente l'expression de l'image maternelle, le sujet garde le contact uniquement avec la mère alors qu'il a coupé contact avec les autres membres de la famille. Quand à la X planche, elle représente les fonctions de la créativité, l'imaginaire. Lors des entretiens, on remarque que ces quatre aspects lui posent problème : conflit avec le père, conflit conjugal, attachement à la mère, et plainte de manque de créativité, d'imitativité et de production.

La seconde question consiste à s'interroger sur la signification de la lenteur qui caractérise la réactivité du sujet, s'agit-il d'un effet de sidération qui paralyse le sujet, ou le temps consacré à la réflexion et à l'élaboration des données du matériel, ou bien le résultat de préoccupations importantes ?

En effet, c'est le contenu des réponses qui nous permet de répondre à cette question, car le sujet donne de très courtes réponses, la majorité des réponses sont constituées de deux à trois mots au maximum, cependant, et comme il a été décrit, les plus grandes préoccupations des sujets se sont manifestées après un temps de latence lent. On peut conclure donc, que ce temps extrêmement lent signale le manque d'intérêt au test.

d- Les manifestations de l'angoisse

On retrouve ces manifestations en rapport au corps, le sujet manifeste sa crainte de la pathologie de l'épilepsie essentiellement à travers la IV et la VII planche. La IV planche représente pour lui « un homme allongé », c'est l'homme malade, un homme démuné de ses forces, on peut dire que Mr. A. a représenté la pathologie de l'épilepsie, car cette dernière fait que l'homme soit allongé sans maîtrise de son corps après la crise. La VII planche représente pour lui « Scanner, Radio », encore une fois, on retrouve cette thématique du corps et de la pathologie.

Il a représenté donc son corps et sa personne atteinte de la pathologie de l'épilepsie, cette planche a fait resurgir une angoisse importante, cette angoisse s'est manifesté à travers une mimique d'angoisse et une gestuelle tendu ainsi qu'un temps de réaction long.

Le pourcentage de la IA : indice d'angoisse est plus élevé que la norme, vu que cette dernière se situe autour de 12, alors qu'on retrouve un pourcentage de 18%, ce qui explique la présence d'une angoisse.

2-2 Le deuxième cas

2. 2.1 Protocol : page suivante

2.2.2 Epreuve complémentaire du choix

- Planches détestées VIII - IX
- Planches préférées III – VI
- Planches mises de côté I – II- V- IV- VII- X

2.2.3 Résumé numérique

Modes d'appréhension	Déterminants	Contenus des interpretations
G 14	F+ 4	A5
D7	K2	Ad -
Dd 1	F- 3	H5
Do –	F -/+ 3	Hd
Ddl –	CF -	obj -
DG 1	FC -	plante 1
	Kob	Nat-
		Pay –
		Anat

Type de résonance intime: $3K \frac{1}{2} o \sum c$

$K > C$

Introversif pur

F% = 50% F⁺%=42.30%

A%=19.23% H%=19.23%

G%=53.84 D%=38.46%

Tab 6 : Résumé numérique du psychogramme de Mr N.

2-2-1 Protocole: Deuxième cas : Mr. N.

Planche	Temps total	Orientation	Réponses	Enquête	Déterminants
I	45''	V	Il veut s'envoler Une main par ci, et une main par là Un papillon qui va vers les pigeons pour qu'ils s'échappent	Le vautour est représenté par la tache noire, le papillon aussi. Les pigeons, on ne les voit pas	G, F+, An, kan
II	1'15	V	Une plante, plantée dans les herbes et la terre Une gitane plantée dans l'eau pour qu'elle fasse des racines	Les racines représentent la partie basse	G, F-, choc, bot, plant
III	30''	V	Une personne qui regarde une autre Un être humain qui regarde un être humain Un garçon et une fille debout sur la terre Dans le visage un animal, mais non, un être humain qui regarde son ami	Les deux personnes sont représentées en noir	G, F+, H
IV	1'36	V	Un être humain Un être humain suspendu à un arbre Un être humain bien portant « Bruclé »	L'être humain représente toute la partie noire, l'arbre n'est représenté	G, F+, K, H, nat
V	55''	V	Une cigogne qui vole	La cigogne est représentée avec ses ailes en partie noire	G, F+/-, An, kan
VI	1'59	V	Un animal qui vole Le papillon qui détruit les vêtements	La partie en noir représente le papillon, on voit ses ailes	G, F+/-, An, kan
VII	2'45	V	Deux personnes, grandes, avec des moustaches Ils sont coulés, ils se battent Je n'ai rien compris	Les deux parties en noir en haut représentent les têtes des deux personnes	G, F+, k, H
VIII	1'23	V	Deux papillons Deux chiens Un lion	Les papillons en bleu, les deux chiens en rose	D, F+/-, An
IX	2'16	V	Papillon Deux souris, mais non, les souris s'échappent Un arbre sur lequel ya deux oiseaux qui mangent les feuilles	La partie verte représente un arbre et la partie orange représente les oiseaux	D, F, An, kan, Dd
X	3'05	V	Un être humain debout Je n'ai rien compris	Les jambes en	D, F-, K, H

2.2.4 Les traits saillants

- Un temps de latence légèrement plus long que la normale, ce temps vari entre 30 secondes à 2 minutes chez le sujet, alors qu'on dénombre un temps de 20 secondes chez l'adulte normal.
- Un nombre de réponses normal (entre 20 et 35 chez l'adulte normal), on retrouve 26 réponses chez le sujet.
- L'accent principal des modes d'appréhension est sur le G (global), on dénombre un pourcentage de 53.84% chez le sujet, alors que la médiane se situe autour de 21 à 30%.
- Un nombre important de réponses D, il englobe un pourcentage de 38.46%, ce chiffre reste inférieur à la médiane normale : 61 à 68%⁶⁹
- L'accent principal des déterminants est mis sur les réponses F (formes), aucune réaction aux couleurs et trois réponses K, ce qui est contraire à la perception d'un épileptique selon Piotrowski⁷⁰. Un F% égale à 50% ce qui reste légèrement plus bas que la normale entre 60 et 75%, par contre un F+ % très bas par rapport à la normale, puisqu'il est égale à 42,30%⁷¹ chez le sujet, alors que la médiane normale va de 80 à 95%.
- Une égalité des réponses H (humain) et A (animal), le H% répond à une médiane normale, alors que le A% reste légèrement plus bas que la normale.
- Les planches préférées sont :
 - La III, cette planche fait référence au couple, le sujet a projeté ses désirs sur cette planche, c'est le fait d'être en couple, de partager sa vie avec une autre personne. Il exprime ce désir en disant : « c'est un homme et une femme », on retrouve un visage souriant avec un regard plein d'espoir.
 - La VI planche, cette planche rejoint la précédente, car elle reflète le dynamisme énergétique et pulsionnel mis en jeu par le sujet, c'est la planche sexuelle, encore une fois le sujet projette ses désirs sur la planche, on la classant parmi les planches préférées.

⁶⁹ Loosli- Usteri ; *Manuel pratique du teste de Rorschach* ; Hermann- Paris, 1976, p 33

⁷⁰ Delay J. ; Pichot P. ; Lempérière T. & Perse J. ; *Le test de Rorschach et la personnalité épileptique*, PUF, Paris, 1955, p 52

⁷¹ Loosli- Usteri ; *Manuel pratique du teste de Rorschach* ; Hermann- Paris, 1976, p 45

- Les planches détestées :
 - La VIII planche, cette dernière exprime le besoin de représentation de l'intérieur du corps, elle concerne surtout la perte de l'intégrité corporelle. Cette perte de l'intégrité corporelle est le résultat des deux pathologies dont souffre le sujet : l'épilepsie et le trouble psychotique. Le sujet se voit conscient de ce qui se passe à l'intérieur de son propre corps, et il refuse cette perte d'intégrité en classant cette planche parmi les planches détestées.
 - La IX planche, elle exprime la représentation sexuelle primitive, elle a suscité une inquiétude et un blocage chez le sujet, ne sachant pas quoi répondre, il donnait des réponses puis il se retournait sur sa réponse pour dire autre chose. Cette planche s'est accompagnée d'une mimique d'inquiétude et d'incompréhension.
 - La TRI, évoquant que le sujet est introvertis pur.

2.2.5 Interprétation du test

a- Comportement

Le sujet présente une grande implication dans le test, il éprouve même du plaisir à l'idée de passer un test psychologique, il paraît enthousiaste, content, il ne présente pas de résistance, il se laisse aller dans son imagination. Cependant, il revient souvent sur ses réponses, il lui arrive même de commencer un mot, puis il revient souvent sur ce qu'il dit pour dire : « Mais non », c'est comme si que le sujet laisse libre à son imagination, puis il se reprend pour dire une phrase adéquate, il a montré des hésitations.

A chaque réponse qu'il donne, il nous regarde avec une mimique de questionnement afin de savoir si sa réponse est juste ou fautive. On lui rappelle à plusieurs reprises qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et qu'il doit dire à quoi ces planches lui font penser.

Le sujet se tient en place tranquillement durant toute la passation, il ne bouge presque pas, on ne note aucun mouvement de jambes ou des mains. Cependant on peut noter une connotation anxieuse qui se manifeste uniquement par une mimique. Cette connotation anxieuse apparaît associée à certaines planches, mais elle est facilement contrôlée lorsque le sujet revient sur ses propos, il change de propos et il retrouve une mimique de soulagement. Ses mécanismes de projection manquent d'efficacité.

b- Analyse des réponses

- Les modes d'appréhension : Le protocole de Mr. N. est déterminé par les réponses G (Globale). Cependant, cette dominance dépasse les limites, car on note un pourcentage de G nettement plus élevé que la moyenne. Cette prédominance peut-

être sous tendus par des mécanismes de défenses spécifiques, elle peut témoigner d'un vécu corporel lacunaire, en ce sens, il sert de contenant à la projection de l'image du corps se traduisant par une recherche active de l'image de soi à travers des engrammes élaborés dans une dynamique relationnelle qui manquent d'assurance.

Cette mise en jeu massive de G témoigne d'un empiètement du monde extérieur sur le monde interne dans l'étroite dépendance du sujet par rapports aux planches. Rappelant dans ce contexte que le sujet est toujours dépendant de son monde extérieur, essentiellement de sa famille, et cela même à 34 ans, cette dernière le surprotège même étant adulte. Ce G dominant marque une fragilité extrême de l'intégrité du sujet dans son rapport aux objets. Mais, il démontre aussi un effort de globalisation à tout prix pour éviter la moindre découpe, synonyme alors de rupture ou de fragmentation. Le sujet essaye tant bien que mal d'éviter cette rupture et cette fragmentation qui se traduit par des symptômes psychotiques.

- Les déterminants formels : on dénombre un pourcentage de F (formes) moyen. En revanche le pourcentage F+ est très bas par rapport à la médiane normale. Les réponses F+ sont en nombre limité : l'effort semble être important pour tenter de cerner une réalité objective qui échappe malgré les tentatives pour la circonscrire et la maîtriser. Le nombre important de réponses F- garde l'empreinte de l'inadaptation au monde réel dans la mise à jour d'une approche non socialisée, voir désintégrée face au matériel. Un nombre important de F- peut apparaître dans des protocoles de jeunes adultes menacés de décompensation psychotique⁷² : au-delà d'une crise d'originalité éventuellement transitoire, les défaillances perceptives soulignent le désinvestissement de la réalité objective et de l'environnement et donc des relations objectales. Les réponses F- sont souvent associées à des réponses rares, voir arbitraires, ce qui prouve la désorganisation d'une pensée déviante qui perd ses assises logiques et se détériore face aux stimuli externe. Le protocole du sujet bascule sans cesse vers une pensée non logique, délirante. Ces réponses F- peuvent donc porter un vécu interprétatif délirant dans la compulsion à percevoir les images dont la valence persécutoire, paranoïde est patente. Ici la déformation des perceptions est directement imputable à la massivité des processus primaires.

⁷² Chabert C. ; *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique* ; DUNOD, Paris, 1997, p 127

c- Les expressions de base

Nous reprenons les expressions du sujet qui semblent être les plus significatives. Pour cela on s'est intéressé plus particulièrement à la deuxième planche.



La deuxième planche fait appel selon Mirielle Monod⁷³ (1963), de part la présence du rouge, à des affects très primitifs. Pour l'auteur, il s'agit d'une planche maternelle, où est sollicité le mode de réaction à un stimulus archaïque, constituant une seconde étape dans l'élaboration de l'objet. Nina Rausch de tranbenberg (1970) signale que la deuxième planche peut donner lieu à des fantasmes qui renvoient à une problématique prégénitale de naissance, de relations précoces avec la mère, symbiotiques et/ou destructives.

Le protocole du sujet exprime bien cette relation entre le sujet et sa mère, une relation de symbiose, car, depuis son jeune âge, il présente un attachement assez spécifique avec sa mère. Cet attachement s'exprime dans sa réponse, on disant : « c'est une plante avec des racines », ce qui laisse penser que les racines représentent l'attachement avec sa mère et qu'il n'est pas prêt à couper ces racines encore présente aujourd'hui.

⁷³ Chabert C. ; *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique* ; DUNOD, Paris, 1997, p 70

2.3 Comparaison entre les deux cas cliniques



2.3.1 La Septième planche Tab 7

Le premier cas Mr. A.	Le deuxième cas Mr. N.
<p>La VII planche représente pour lui « Scanner, Radio », encore une fois, on retrouve cette thématique du corps et de la pathologie, il représente une partie du corps en examen, encore une fois il fait référence à l'atteinte de son corps. Cependant, il ne précise pas de quelle partie il s'agit, il ne donne pas de détail sur la nature de l'atteinte ou du trouble. Ces dernières années, le sujet vit au rythme des examens médicaux, il a représenté ce qu'il rencontre dans sa vie actuelle, Or, cette représentation est accompagnée d'une angoisse importante et qui se reproduit à travers la mimique et la gestuelle. On remarque un temps de réaction court par rapport aux autres planches, pour une fois le sujet a laissé sortir ses inquiétudes et préoccupations rapidement, on note un soulagement après la réponse, c'est comme si, il s'est débarrassé d'un poids enfuit à l'intérieur de lui. Ne localisant pas l'atteinte, c'est la IX planche qui permet de faire la jonction entre la réponse de la VII et celle de cette planche.</p>	<p>La VII planche, resurgit la figure féminine sous l'aspect à la fois matriarcal, sexuel et maternel. La planche pousse le sujet à se situer par rapport au sexe féminin, à l'image féminine ou l'image maternelle « en fonction de sa propre relation primitive à sa mère ». Le sujet donne les réponses suivantes : « Deux personnes, grandes avec des moustaches », ils se bâtent » soit une représentation de grandeur et de force qui s'impose, encore une fois, il représente cette relation primitive envers sa mère avec un grand rapport de force et un enracinement profond. Cependant, on retrouve dans les réponses l'élément suivant : « je n'ai rien compris », si comme si le sujet s'interroge sur cette relation et ce rapport de force. Cette planche le poussé à réfléchir et à mettre en question ce rapport qui l'unifie avec sa mère, alors que dans la II planche, il met en évidence cet attachement sans se poser de questions sur la nature, les avantages, les inconvénients de cette relation avec la mère. Il présente manque de clarté dans la pensée</p>

2.3.2 La neuvième planche



Le premier cas Mr. A.	Le deuxième cas Mr. N.
<p>La IX planche représente pour lui « une tête humaine », il ne parle pas de visage humain mais de tête, cette réponse est le prolongement de la VII planche, le sujet localise l'atteinte au niveau du cerveau. Encore une fois, on retrouve la notion de l'épilepsie : une pathologie dont la cause est un dysfonctionnement cérébral, qui nécessite des examens médicaux approfondis, et en cas de crise, laisse le corps de celui qui atteint allongé, démunie de force.</p>	<p>La IX planche illustre les « buts de la vie », différenciation entre soi et le monde, oscillation vie/mort. Cette planche témoigne de la passation du sujet tel qu'il se situe, seul face au monde. Les réponses du sujet sont assez claires pour dire qu'il est impuissant face à ce monde, qu'il a du mal à le comprendre, il dit : « Deux souris, mais non, les souris s'échappent ». Les souris peuvent représenter un danger ou une situation de détresse, de mal de vie. Il préfère donc revenir sur sa réponse et dire : « un arbre sur lequel ya deux oiseaux qui mangent les feuilles ». Il revient donc sur un monde meilleur qu'il perçoit, sans danger. Le sujet s'adapte tant bien que mal au monde dans lequel il vit, il utilise le déni comme mécanisme de défense.</p>

Tab 8 Comparaison pour la neuvième planche

Conclusion

Après la passation du Rorschach sur nos deux cas d'étude, et l'interprétation des résultats, plusieurs points sont tirés et cela grâce aux entretiens effectués avec les cas et les membres de leurs familles. Les résultats obtenus dans cette partie sont analysés dans la troisième partie et remis dans un contexte général qui est le vécu des cas étudiés.

Troisième partie

La non décentration réflexive
chez l'épileptique adulte

Introduction

Les deux parties précédentes, nous ont permis d'avoir une idée bien précise sur les grandes lignes théoriques, ainsi que sur les points et éléments pratiques à savoir les outils de mesures nécessaires pour le recueil des données cliniques pures.

Cette partie représente une synthèse des deux précédentes parties, nous avons tenté de reprendre les données cliniques, les comparer avec les éléments théoriques pour répondre aux problématiques établies en début de recherche.

Chapitre I

Confusion statutaire : amalgame confusionnel entre statut et rôle dans l'épilepsie

Chapitre I : Confusion statutaire : amalgame confusionnel entre statut et rôle dans l'épilepsie

1- Les familles de l'épileptique

1-1 Réaction de la famille face à l'épilepsie

L'épilepsie, dans toute son histoire, a toujours suscité peur, étonnement, inquiétude, méfiance et bien souvent un rejet. Il n'est pas rare de trouver des familles complètement perdues, ne sachant pas comment réagir face à un des membres diagnostiqué épileptique.

Les réactions de l'entourage pourront alors être diverses allant de la dénégation au rejet ou à la surprotection.⁷⁴

En effet, il n'est pas exceptionnel d'observer chez le père ou la mère d'un épileptique des sentiments de honte et de culpabilité en rapport avec la notion de « tare » de l'épilepsie, car, il faut le rappeler, malgré les avancées spectaculaires sur cette pathologie, il est encore fréquent de nos jours que l'épilepsie soit considérée comme une possession d'êtres surnaturels.

Quand à la surprotection, on l'observe généralement chez des familles qui admettent le caractère « pathologique » de l'épilepsie. La tendance à la surprotection se traduit par un ensemble d'interdits aussi divers que variés parmi lesquels : l'impossibilité de sortir seul, de rester seul, de faire trop d'efforts physiques, de cuisiner..., on retrouve même des restrictions alimentaires. Si ces conduites s'inscrivent dans le cadre d'une protection du sujet atteint d'épilepsie par son entourage contre certains facteurs déclenchant et/ou aggravant, il n'en demeure pas moins qu'ils limitent la liberté de ce sujet.

Cette surprotection pouvant induire un état de régression avec dépendance du patient à sa famille, mais aussi aux médecins, et même aux médicaments. Les sujets épileptiques se laissent parfois passivement soigner, parfois, ils se retrouvent enfermés dans un statut d'invalides qui ne manquent pas de renforcer certaines attitudes sociales.

⁷⁴ Pilard M., Brosset C., Junod A., *les représentations sociales et de l'épilepsie*, Médecine d'Afrique noire, 1992, 39 (10)

1-2 Le caractère « particulier » des familles des épileptiques

F. Minkowska⁷⁵ dit : « Notre enquête a fait ressortir un fait très important : l'existence dans une famille où se trouvent des cas d'épilepsie, d'individus qui sans présenter le moindre trouble clinique, se signalent par un caractère particulier ».

F. Minkowska a pu reconstruire et poursuivre pendant six générations⁷⁶ la descendance d'un épileptique. Elle a pu établir encore, un rapport de similitude entre les traits essentiels de la maladie familiale et les particularités psychologiques et caractérologiques des membres sains. Elle est arrivée ainsi à dégager une constitution épileptoïde. Elle note les éléments suivants chez tous les membres de la famille : défaut de mobilité, incapacité de se détacher de l'ambiance, ils ne produisent rien de nouveaux, ils n'ont pas d'initiative et s'accrochent à ce qu'ils ont déjà, ils conservent les traditions et maintiennent ainsi, dans la vie, une ligne continue, ligne qui va sans interruption de l'ancêtre jusqu'aux arrières-arrières petits enfants, après 170 ans, dans les mêmes conditions.

Elle résume son étude par les traits de caractère qui forment probablement la véritable base sur laquelle viennent éclore les manifestations de l'épilepsie.

Nous ne saurons dire si cette constitution épileptoïde ou ce caractère particulier est présent chez les familles de nos cas d'études,

⁷⁵ Minkowski E. ; *le temps vécu* ; PUF ; Paris ; 1995 ; P195

⁷⁶ Minkowska F. ; *Le Rorschach, a la recherche du monde des formes* ; Desclée de Brouwer ; 1956

2- Conflits familiaux et leur impact sur l'épilepsie

Nous consacrons ce deuxième point au premier cas : Mr. A., qui, rappelant le, se trouve dans une position conflictuelle avec pratiquement tous les membres de sa famille. En effet, de part ses problèmes professionnels, il est en conflit permanent avec son père, ce dernier n'arrive toujours pas à lui pardonner son échec.

De part aussi, son comportement colérique et ses attitudes agressives, il avait beaucoup de problèmes avec sa femme, son mariage s'est terminé par un divorce. Cette dernière vivait dans une violence extrême, elle a eu peur pour sa fille, elle a donc préféré donc de quitter son mari.

Rappelant aussi que son épouse est sa cousine, après le divorce toute la famille a pris la position de l'épouse y compris les sœurs de Mr. A.

Depuis le divorce, Mr. A. n'adresse plus la parole à personne de la grande famille. Il ne voit plus sa fille aînée, quand à sa deuxième fille, il ne la connaît même pas, il ne la jamais vu.

Mr. A. s'isole de sa famille, il ne supporte plus la moindre réflexion, il rapporte qu'il éprouve un sentiment de honte et d'infériorité, car il s'est retrouvé sans travail, sans famille. Ajouter à cela son épilepsie : une maladie qui se traduit par la perte du contrôle de son propre corps. Cette maladie qui a touché son narcissisme, il ne se voit plus comme un homme viril qu'il était autrefois, mais comme un homme malade, affaibli, incapable de se maîtriser, ce qui a eu de conséquences importantes sur l'image qu'il se donne de lui-même, et l'image qu'il renvoi à la société.

Jusqu'à présent, Mr. A. n'accepte pas sa maladie, il n'emploi jamais le mot « épilepsie », il emploi plutôt des phrases telles que : « Ce dont je souffre » ou, « Ce qui m'arrive quand je dors » faisant références aux crises épileptiques durant le sommeil, ou encore, « Ce malheur ». Cette distanciation envers la pathologie, le laisse souple face à la prise en charge de sa maladie, car, il n'est jamais régulé dans ses visites chez son médecin traitant, pire encore, il ne prend pas régulièrement son traitement. En conséquent son épilepsie n'est pas maîtrisée, il fait toujours des crises, la fréquence de crises n'est toujours pas stable.

Type de relation	Avant l'échec professionnel/ Avant l'épilepsie	Après l'échec professionnel/ Après l'épilepsie
Relation avec le père	Plutôt une bonne relation, ils ont travaillé ensemble pendant des années sans problèmes majeurs. Le père ne s'est jamais mêlé de la vie de son fils, il était son supérieur, se comportant avec lui comme avec tous les autres salariés. Il ne s'est jamais intéressé à sa vie personnelle.	Une relation conflictuelle, ils ne s'adressent plus la parole, ne se regardent plus, ne se croisent plus. Mr. A. rapporte que lorsqu'il y va chez ses parents, son père s'isole dans sa chambre. Le père porte son fils pour l'unique responsable de la faillite, le fils regrette l'attitude de son père, et le qualifie de personne injuste.
Relation avec la mère	Une très bonne relation, sa mère le privilégiait toujours, vu qu'il est le seul garçon. En cas de dispute avec les sœurs, elle le lui donnait toujours raison. Elle ne le lui refusait rien, toujours prête à le servir.	C'est la seule personne de sa famille avec qui il garde contact, elle l'aidait financièrement, elle le reçoit chez elle, et cela malgré l'opposition du père. Il rapporte qu'il vit que pour sa mère
Relation avec les sœurs	Il avait tendance à dominer ses sœurs, il était la personne redoutée à la maison, il les a battu plusieurs fois, il interdisait ses sœurs de sortir. Les sœurs n'admettaient pas cette position d'autant plus que la mère prenait toujours position de son fils.	Une relation conflictuelle, les sœurs ont pris la position du père et de l'épouse. Actuellement, elles demandent à ce qu'elles reçoivent leur part dans la manufacture, ce qui a amené Mr. A. à éviter tout contact avec elles.
Relation avec l'épouse	Mauvaise entente, depuis la première semaine du mariage des disputes se déclarent, ils n'ont jamais réussi à se mettre d'accord. Il rapporte qu'il n'a pas retrouvé la femme de ses rêves, il ne voit pas en elle la femme qui le comprend	Cette relation s'est détériorée, vu que Mr. A. est devenu encore plus colérique et plus violent, il passait directement à l'acte et frappait sa femme à la moindre réflexion de sa part.
Relation avec les amis	Très bonne relation, beaucoup d'amis et de connaissances	Il s'est retiré, il n'adresse plus la parole à personne, de peur qu'on lui fasse des remarques sur son échec professionnel et sur sa maladie.

Tableau 9 : La position statutaire de Mr. A. envers son entourage

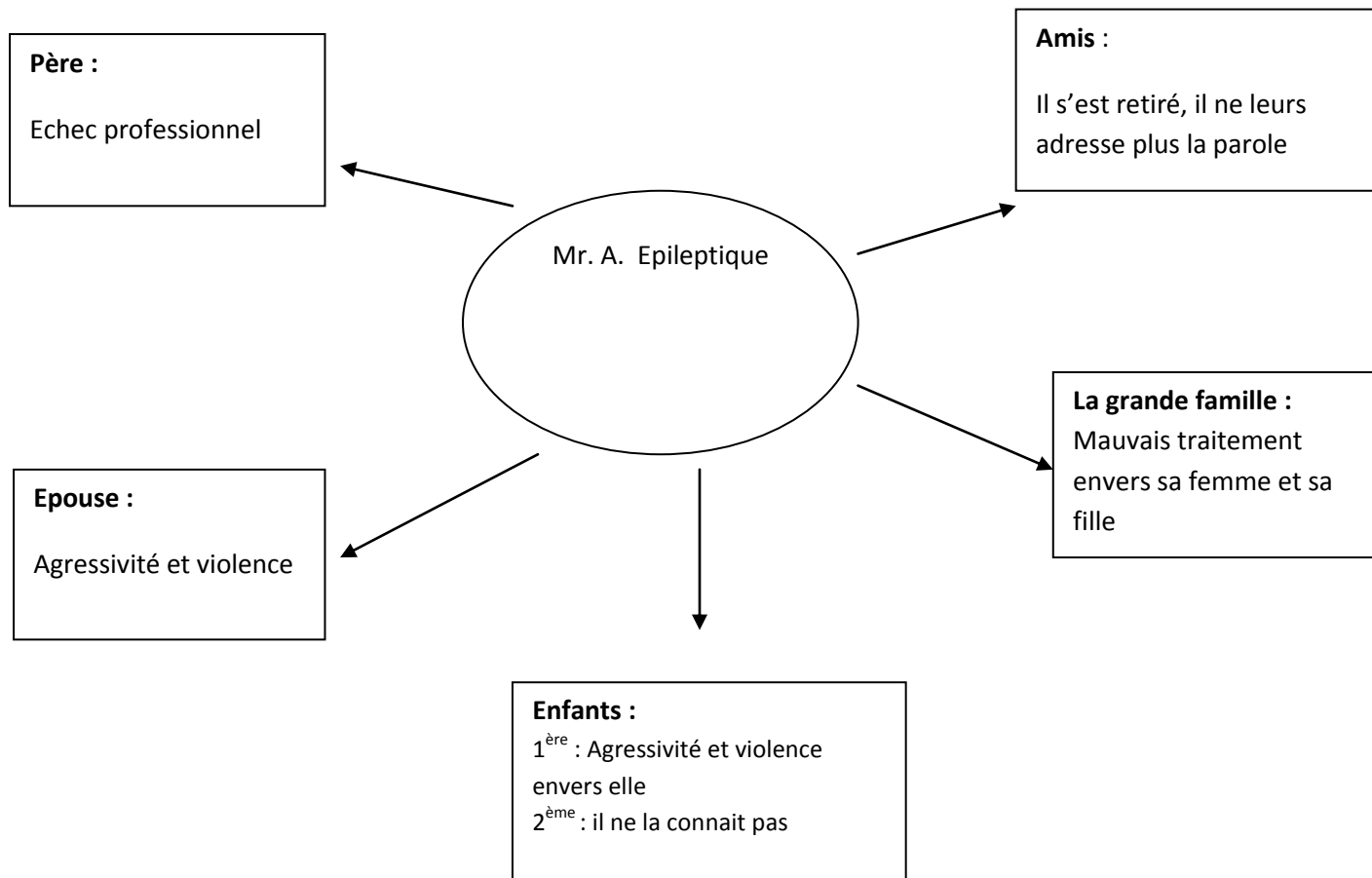


Figure 3 : Les causes de conflits chez Mr. A. avec différents membres de son entourage

3- Hyper-protection familial et évolution de l'épilepsie

Ce troisième point sera consacré au deuxième cas, Mr. N., lui qui évolue avec cette pathologie depuis bientôt 30 ans, lui qui est trop dépendant de sa famille. En effet, depuis ses 5 ans, Mr. N. est surprotégé essentiellement par sa mère, qui cherche tout le temps à s'y approcher pour cause de crises épileptiques. A l'école, la mère prenait le soin de communiquer l'état de son fils à tous les enseignants, afin qu'ils sachent quoi faire en cas de problème, elle insistait sur la fragilité de son fils, elle mettait tout le monde en garde pour ne pas le brusquer, l'offusquer, ou même le gêner.

Cette hyper-protection, on la retrouve présente aussi chez le frère et les sœurs, qui s'occupent tout le temps de lui, dans la mesure du possible. Ils essayent d'être présents en consultations afin d'accompagner au mieux leur frère. Ils ont grandi avec ce principe, tout le monde prend soin de lui, il est considéré dans sa famille comme la personne dépendante, qui nécessite des soins très particuliers.

Cette hyper-protection a rendu Mr. N. plus vulnérable, et plus dépendant de sa famille, à 34 ans, il est toujours incapable de s'éloigner de son quartier, incapable de travailler, incapable de prendre des décisions dans sa vie. Il a toujours été confiné chez lui avec sa famille, de peur qu'il fasse des crises en dehors de chez lui, sans que personne ne vole à son secours.

Cependant, cette protection n'a fait qu'aggraver son cas et sa pathologie, puisqu'il fait des crises chaque fois qu'il se trouve en situation de conflit relationnel, il n'est pas habitué à voir des gens, à rencontrer des inconnus, à s'intégrer dans un groupe, il ne sait pas aussi se comporter avec les gens. Pour lui, tout le monde doit répondre aux mêmes principes et obligations, il a du mal à accepter et à s'affirmer devant les autres.

Chapitre II

Les faits de comportements et leur valeur symptomatique dans l'épilepsie

Chapitre II : les faits de comportements et leur valeur symptomatique dans l'épilepsie

1- Indices d'épisodes caractériels chez l'épileptique

On a souvent décrit la personnalité épileptique qui s'exprime par l'égoïsme, la viscosité, une attitude collante envers son monde environnant, ou encore une sensibilité accrue aux incitations extérieures. Mais on décrit aussi des troubles de caractère spécifiques à l'épileptique, et là, on parle plutôt d'irritabilité, d'agressivité, ou encore une bradypsychie et un ralentissement psychomoteur.

Nous abordons dans ce point les traits du caractère chez l'épileptique, nous nous retrouvons alors face à deux pôles opposés : irritabilité- bradypsychie et agressivité- ralentissement psychomoteur ; Quelle en est donc l'explication ?, comment expliquer ces traits de caractère tant répandus chez l'épileptique ?

Certains auteurs ont noté des formes d'épilepsie qui s'accompagnent par une irritabilité et une agressivité accrues pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, puis s'améliorent surtout après la survenue de la crise. Ce genre de personnes⁷⁷ sont décrites comme très sensibles, et très irritables, même en dehors des accès, la moindre stimulation les affecte grièvement.

La nature a donné aux hommes une portion de sensibilité et d'irritabilité suffisante et convenable pour leurs fonctions, chez l'épileptique, cette sensibilité est trop augmentée par son système sensitif particuliers, les sensations s'exaltent, des convulsions toniques ou cloniques avec perte de connaissances surviennent, et l'épilepsie a lieu.

Tant que la sensibilité des nerfs et l'irritabilité des muscles sont dans leur état naturel, les organes qui en sont pourvus jouissent de toute plénitude de leurs fonctions, mais si elles s'excitent, si elles défont ; les fonctions des parties dans lesquelles les nerfs se répandent sont trop actives ou trop affaiblies, ou carrément détériorées dans la nature de leur fonction.

⁷⁸

Cette sensibilité, irritabilité, agressivité et violence, nous la retrouvons essentiellement chez le premier cas, Mr. A., en effet, son épouse nous a fait part de cette agressivité qui a empoisonné la vie de toute la famille, et qui a conduit le couple au divorce. Mr. A. évite de parler de ce

⁷⁷ 5 Portal A. ; *Observations sur la nature et le traitement de l'épilepsie* ; J-B. Baillière librairie éditeur, Paris, 1827, P 192

sujet, il rapporte : « Parfois, j'ai des actes impulsifs, je m'emporte, et je finis par regretter après », sans plus, il fuit les questions.

Lors des entretiens, on retrouve un homme plutôt anxieux, triste, il donne une apparence calme, ralentie. Il n'a jamais manifesté de la colère ou des actes impulsifs, il fait son possible pour se contrôler, et contrôler ses émotions et sa décharge affective, au pire des cas, il demande gentiment de quitter l'entretien.

Nous avons essayé de rechercher des éléments d'irritabilité et de colère avant l'apparition de la pathologie de l'épilepsie afin de recueillir des indices de constitution épileptoïde chez le sujet.

Le peu d'éléments recueilli, nous ont été attribué par l'épouse, car Mr. A. refuse de collaborer sur ce sujet.

- Décrit comme bagarreur dans son jeune âge, il s'imposait toujours par de la violence.
- Une extrême violence face à la frustration
- Une mauvaise entente avec ses sœurs, il lui est arrivé de les tabasser plusieurs fois
- Violence conjugale, il a battu plusieurs fois sa femme, en lui donnant des coups d'une extrême violence. Il a battu aussi sa fille âgée de 4 ans, en lui donnant un coup sur la tête.

2- Indices de décentration et état limites

De manière générale, la décentration⁷⁹ est le mécanisme qui permet au sujet de s'échapper à toute forme de subjectivité excessive, pour atteindre des formes variées d'objectivité dans le rapport au monde ou à autrui.

La décentration est donc, un mécanisme essentiel dans l'évolution d'un individu, elle le lui permet de quitter cette pensée égocentrique, qui se traduit par une subjectivité du rapport au monde, et de retrouver une pensée objective. Il s'agit donc de retrouver des indices de décentration chez notre cas d'étude –Nous avons pris uniquement le deuxième cas, car, on a eu la possibilité de faire des entretiens avec la mère et de recueillir donc tous les éléments important depuis son enfance- afin d'avoir une idée claire sur ce cheminement de la pensée égocentrique et de la décentration. Mais tout d'abord, il est important de rappeler et de définir quelques notions tels que :

2-1 L'égocentrisme

A partir des acquisitions sensori-motrices, ayant à reconstruire le monde sur le plan représentatif, l'enfant le fait à partir de lui-même. Il ne peut construire son intelligence du monde que sur la base de ses expériences propres, c'est une démarche subjective centrée sur sa personne. En d'autres termes, l'enfant construit le monde à partir de son monde intérieur.

L'égocentrisme se fait avec tous les indices allant de l'artificialisme au réalisme intellectuel :

- **Artificialisme** : c'est un égocentrisme dans la représentation de l'origine des choses. Il consiste à assigner à des choses objectives une fonction déterminée, à s'expliquer leur origine ou leur production sur un modèle trop simpliste.
- **Animisme** : c'est un égocentrisme dans la représentation de la nature des choses. Il consiste à animer le corps inerte et les objets, à leur prêter des intentions, à leur attribuer une intention.
- **Finalisme** : c'est un égocentrisme dans la compréhension ou dans la représentation de la causalité. Il consiste à se représenter la causalité d'un processus objectif en rapport à une intention donnée. Ce finalisme est attesté par la façon dont l'enfant, vers 4-6 ans pose et comprend la question « pourquoi ? » au sens de « dans quel but ? ».

⁷⁹ Fondation Jean Piaget, 2011, www.fondationjeanpiaget.ch/

- Réalisme intellectuel : c'est un égocentrisme dans la représentation du monde extérieur.

2-2 Indices d'égocentrisme chez Mr. N.

Les indices sont recueillis dans les propos de la mère lors des entretiens. Selon elle, étant enfant, Mr. N. était trop calme, il ne bougeait pas de sa place si on ne lui demandait pas, il ne posait pas trop de questions, contrairement à son frère et ses sœurs. Il acceptait les choses telles qu'elles étaient. Elle le décrit comme un enfant pas trop curieux.

Par contre, il avait du mal à accepter certaines choses que la mère qualifie de logique pour les autres, notamment, le fait qu'il aille seul à l'école. La question : « Maman, pourquoi tu ne viens pas avec moi à l'école ?, moi, j'allais souvent avec toi », revenait chaque fois. En dépit des explications de la mère, il insistait. Sa longue présence dans la classe de la mère, lui pose problème. Après la rentrée scolaire, il a eu du mal à supporter le détachement, selon la mère, il pensait, qu'elle ne l'aimait pas.

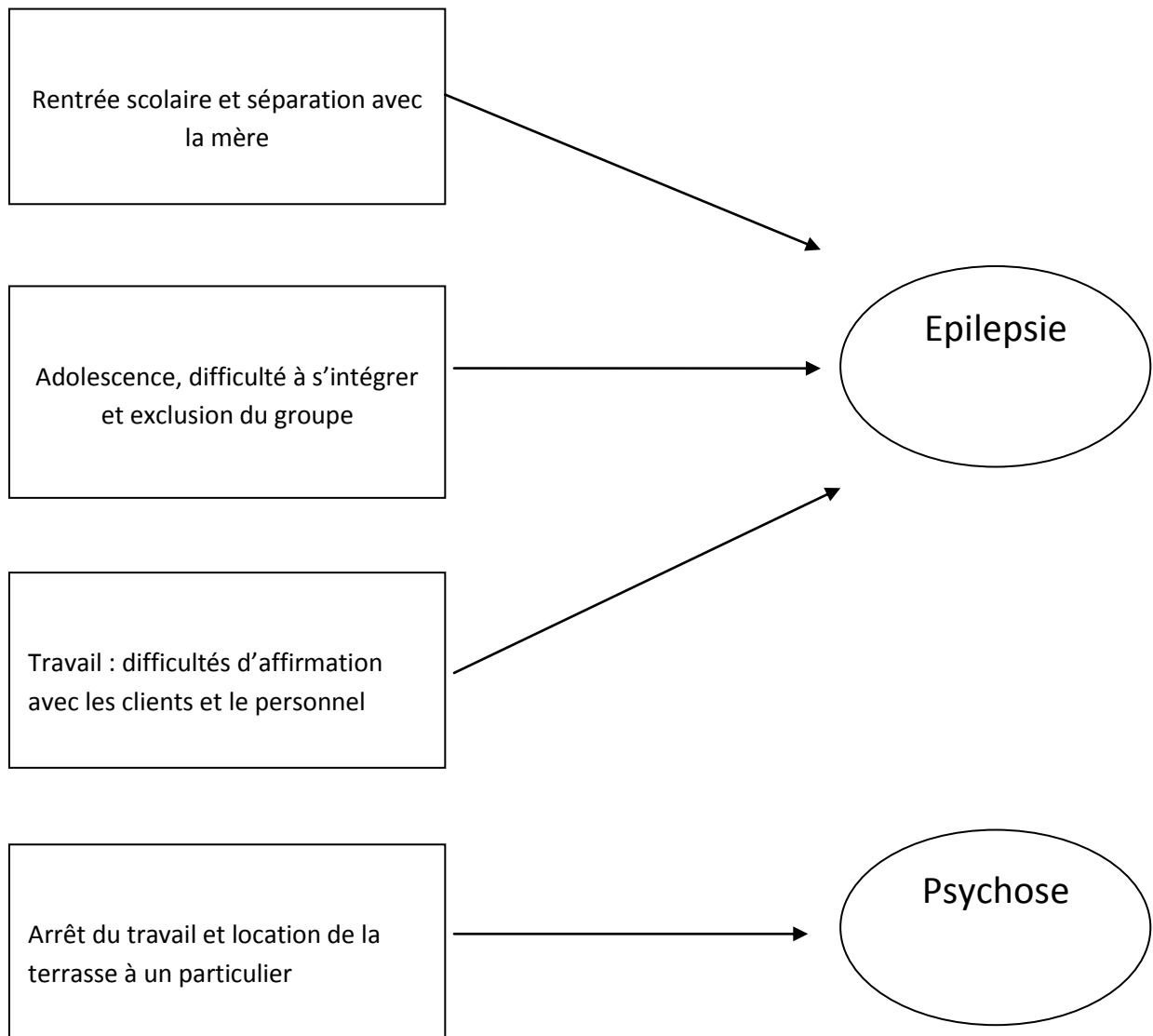
Concernant l'activité ludique, la mère n'a pas de détails précis, elle se rappelle de son fils qui jouait avec une voiture (une seule, il n'aimait pas changer). Par contre, il avait beaucoup de mal à s'insérer dans une groupe d'enfants et jouer des jeux répondant à des règles bien précises, il se contentait d'observer les enfants qui jouaient.

De l'enfance à l'adolescence, Mr. N. faisait tous ce que les autres lui demandaient, sans poser des questions, sans même chercher à savoir pourquoi. Après que Mr. N. a arrêté ses études, sa mère a essayé de le prendre en charge, elle a commencé par lui apprendre la langue Française, elle lui donnait chaque fois des textes à lire et à travailler, il participait avec grand plaisir. Il s'est mis à chercher des textes encore plus difficiles, il devenait de plus en plus curieux, surtout concernant les définitions des mots, et la causalité des phénomènes. Ex : en écoutant la radio, et en entendant un mot qu'il ne comprenait pas, il courait directement vers sa mère pour demander des explications. Il allait plus loin, en lui demandant : pourquoi l'animateur a utilisé ce mot et non pas son synonyme. Il essayait même de trouver des explications : « Peut être qu'il ne connaît pas ce mot, peut être qu'on lui a jamais appris ça ».

La mère rapporte qu'il posait tellement de questions, qu'elle a mis à sa disposition deux dictionnaires (Arabe et Français), et lui a interdit de poser des questions sur la définition des mots.

Etant adulte, il s'est mis à s'intéresser à la religion et à la spiritualité, « si je fais ma prière correctement durant plusieurs années, Dieu va me pardonner, et me guérir de cette pathologie » rapporte-il. Il demandait souvent à sa mère si Dieu l'aimait, en effet, pour Mr. N. l'épilepsie est une punition de Dieu.

Figure 4 : Les plus grands moments de troubles chez le deuxième cas Mr. N



Stades	Développement cognitif normal	Indices de développement cognitif chez Mr. N.	Traits de la vie affective et sociale normale	Indices de traits sociaux et affectifs chez Mr. N.
Stade sensori-moteur 0 à 2 ans	Essor de l'intelligence sensori-motrice Accès à un univers d'objets permanents	Enfant calme, ne bouge pas trop, ne va pas vers les objets si on lui demande pas Passe le plus clair de son temps sur sa chaise	Passage des émotions primaires aux sentiments différenciés durables	Il était trop calme, il passait ses journées avec sa grand-mère, assis sur sa chaise devant elle, en le balançant Il ne jouait pas trop avec son frère et sa sœur
Stade pré-opératoire 2 à 7, 8 ans	Symboles et signes Essor de la fonction sémiotique, jeu symbolique, dessin, image mentale, mémoire d'évocation verbale, langage, imitation différée	Il jouait avec sa voiture toute la journée Dessin : pas d'indices Mémoire : il répétait les cours de sa mère à la maison Langage : normal Imitation différée : imitait rarement	Socialisation de l'action Sentiments moraux intuitifs Régulations d'intérêts et de valeurs	Vers 3.5, 4 ans, sa mère l'emmenait avec elle au lycée, elle le mettait au fond de la classe, et l'interdisait de bouger et de parler afin de ne pas déranger les élèves
Stade opératoire concret 8 à 11, 12 ans	Développement des opérations concrètes (sériation, classification, conservation, construction de l'espace, du temps, de la vitesse) Causalité rationnelle « groupement », inversion, réciprocité	Pas de problème particulier concernant le cursus scolaire au primaire, il réussissait les opérations concrètes Pas d'indices sur la causalité, pas de problème pour la structure de groupement	Décentration, conduites de discussion Egalité devant la règle Respect mutuel et sentiments de justice Camaraderie	La scolarisation était trop difficile pour lui, il n'a pas pu se séparer de sa mère Il avait du mal à s'intégrer Il était toujours mis à l'écart dans les jeux de société Pas de camarades hormis le frère et les cousins
Stade opératoire formel 11, 12 ans à 15, 16ans	Développement des opérations formelles, de la pensée théorique, hypothético-déductive. Formation de l'esprit expérimental	Pas d'indices	Accès à des valeurs idéales Admiration pour le héros Amitié et amour Personnalité et programme de vie	Beaucoup de difficultés à s'intégrer dans les groupes Pas d'amis Période trop difficile à cause de la fréquence de crises

Tableau 10 : Les stades de développement selon Piaget, et des indices de développement chez Mr. N.

Egocentrisme	Enfance	Adolescence et âge adulte
Artificialisme : Egocentrisme dans la représentation de <i>l'origine</i> des choses	Nabil n'a jamais posé de questions sur l'origine des choses, contrairement à son frère et ses sœurs, il ne manifestait pas de curiosité vis-à-vis aux situations, à lesquelles, il ne trouvait pas d'explication	A 19, 20 ans, c'était des questions essentiellement sur la religion : « Dieu, nous voit ? », « Pourquoi nous sommes musulmans ? », « Pourquoi Dieu nous a créé ? », et d'autres questions sur l'apparence humaine « Pourquoi nous sommes différents des animaux ? »
Animisme : Egocentrisme dans la représentation de la <i>nature</i> des choses	Pas d'indices	Mr. N. anime les objets, il leur attribue une vie. Ex : « quand la porte se claque par le vent, il dit : oh, la porte est en colère », « Si la chaise tombe, il réplique, pourquoi, je ne t'es rien fais ?, ou bien, ay ça doit faire mal »
Finalisme : Egocentrisme dans la compréhension ou dans la représentation de la <i>causalité</i>	Etant jeune, il ne posait pratiquement pas de questions sur la causalité des choses mis à part les questions sur l'école qui revenait à chaque fois « Pourquoi, tu ne viens pas à l'école avec moi ? » « Pourquoi mon frère et ma sœur ne viennent pas avec moi ? » Vers 6- 7ans	De l'adolescence jusqu'à l'âge adulte, trop de questions concernant la causalité, le « pourquoi ? » revient toujours dans la discussion.
Réalisme intellectuel : Egocentrisme dans la représentation du <i>monde extérieur</i>	La mère rapporte, qu'il pensait qu'elle était la seule qui s'appelait Nacera, (cette pensée à durer longtemps, contrairement à son frère et ses sœurs) le sujet a eu du mal à se détacher de sa représentation égocentrique du monde extérieur	C'est vers l'âge adulte qu'il a commencé à donner des représentations du monde qualifier de bizarre par sa famille, ce qui marque l'entrée dans la déséquilibre psychique

Tableau 11 : Les indices d'égoentrisme recueillis à partir d'entretiens avec la mère

3. Indices de constitution épileptoïde chez les deux cas cliniques

Comme il a été décrit dans la première partie de notre travail, les troubles mentaux et psychiques sont souvent liés à la pathologie de l'épilepsie.

Les troubles névrotiques et les troubles de l'humeur ont été décrits comme étant des troubles réactionnels à cette pathologie lourde qui représente et dans de nombreuses cultures un tabou. L'épilepsie est un frein devant de nombreuses situations qui apparaissent pour les autres comme étant banales, normales, faisant partie de la vie.

Quand aux troubles psychotiques, les auteurs les classent dans divers catégories, soit faisant partie de la crise épileptique elle-même (critique) soit survenant avant ou après la crise (inter critique, post critique), soit alors un trouble permanent qui accompagnent le sujet épileptique tous les jours et dans n'importe quelle situation.

Un mémoire de MM. Marchand et Ajurriquer⁸⁰, où l'effort des auteurs tend vers la délimitation de ces deux affections. Nous extrayons le passage suivant : « quand on envisage les travaux concernant les rapports entre les accès de la psychose périodique et les formes mentales épileptiques, on reste étonné de la multiplicité des opinions si souvent contradictoires ».

La structure d'un psychotique reste différente de celle d'un épileptique, c'est ce que F. Minkowska⁸¹ tire comme conclusion dans son livre sur le test du Rorschach. Nous tirons le passage suivant : « le monde du schizophrène fait d'abstraction, de rigidité, d'immuabilité, un monde morcelé, fragmenté, et le monde de l'épileptique que gouverne le concret, le sensoriel, tantôt adhésif, tantôt explosif, de concentration excessive, créant une atmosphère confinée, comprimée, menant à la décharge ».

Après la passation du Rorschach sur nos cas d'étude, et l'interprétation des résultats, plusieurs points sont tirés, et cela grâce aux entretiens effectués avec les cas et les membres de leurs familles, ainsi qu'aux éclairages théoriques que nous avons abordé dans la première partie.

⁸⁰ Michèle Emmanuelli ; *L'examen psychologique en clinique : situation, méthodes et études de cas* ; Dunod ; Paris. 2004 ; P 109

⁸¹ Minkowska F. ; *Le Rorschach : à la recherche du monde des formes* ; Desclée de Brouwer ; 1956

Nous essayons donc de présenter l'état de fragilité psychique présent chez les deux cas cliniques :

Le premier cas : Mr. A., est décrit comme un garçon rebelle, il s'est toujours imposé notamment avec ses sœurs, vu qu'il est le seul garçon de la fratrie, le dernier mot lui revient toujours. Quant à lui, il se décrit comme une personne calme et colérique à la fois, il dit qu'il est capable de supporter pas mal de choses, mais il s'emporte très facilement. Sa femme s'est toujours plainte d'une agressivité conjugale, d'une irritabilité, impulsivité présente certes depuis le jeune âge, qui s'aggrave de jour au jour.

Lors de la passation du Rorschach, le sujet présente un temps de réaction long, et des réponses courtes, avec un ton que nous qualifions d'agressif. Ces éléments rappellent la constitution épileptoïde décrite par F. Minkowska, Mr. A. a du mal à prononcer une phrase, c'est comme si, il présente une viscosité, et une adhésivité envers la planche, puis quand il se retrouve face à une décharge émotionnelle importante, il a recours à l'impulsivité. Ces éléments rappellent aussi le refoulement comme mécanisme de défense, ce dernier a été décrit par J. Bergeret dans la structure névrotique. Mr. A. refoule les éléments qui le dérangent et qui lui font du mal, cependant ces éléments déferlent d'une manière inconsciente à travers son impulsivité.

Rappelons aussi que le mode d'organisation dans la structure névrotique se base sur le complexe d'Oedipe. Mr. A a beaucoup de problèmes avec son père, ils ne s'entendent pas très bien, et cela depuis son jeune âge, actuellement le courant ne passe plus, pas de communication entre eux. Par contre il garde toujours une bonne relation avec sa mère.

Cette thématique est présente même dans le test du Rorschach, vu qu'il a mis la planche paternelle parmi les planches détestées.

Le deuxième cas, Mr. N. épileptique depuis l'âge de 5 ans, l'anamnèse et la biographie du sujet nous montre que chaque fois que le sujet avait des problèmes essentiellement d'ordre relationnel, il répondait par des crises. C'est comme si que chaque fois qu'il avait du mal à s'imposer, à s'intégrer, les crises étaient présentes, il a toujours solutionné ses problèmes par cette décharge épileptique. Sauf pour le dernier problème qu'il a eu, rappelons que Mr. N. a été mis à l'écart de son travail par son propre père, depuis cette période, la famille note l'apparition d'un délire à thème persécutoire.

La question qui se pose est la suivante : Quel est donc le modèle structurel de Mr. N. ?

La passation du Rorschach a été d'un grand bénéfice, puisqu'il a fait ressurgir des caractéristiques qui correspondent aux éléments recueillis lors des entretiens.

Ce qui ressort en premier lieu, c'est que dans certaines planches, le sujet donne des réponses non banales qui laisse penser à une certaine originalité, à un imaginaire riche et débordant. La jonction entre les entretiens cliniques et les réponses du test nous amène à dire que le délire dont souffre le sujet se retrouve dans les réponses du test, exprimée dans le thème de la persécution irrationnelle. Alors que dans d'autres planches, le sujet donne des réponses parfaitement normales, des réponses chargées d'émotions positives.

Cette contradiction nous amène à se poser la question suivante : Quelle est la structure psychique de Mr. N. ?

Alors qu'on sait préalablement qu'un sujet adulte structuré sur un mode névrotique, ne développe jamais d'épisode psychotique isolé.

Mr. N. n'a pas donc de structure névrotique, à l'aide du Rorschach, les auteurs ont réussi à dégager des caractéristiques propres à la psychose :

- L'absence du mouvement
- Des protocoles inhibés avec un minimum de réponses
- Des images répétitives
- Des contenus vides, plats et stéréotypés sans épaisseur signifiante, sans articulations, dévidée par une discontinuité qui montre l'importance de l'absence des liens et ses effets dévastateurs sur la pensée.
- Une pauvreté fantasmagorique
- Absence de représentations humaines entières, ce qui met en évidence l'atteinte de l'image de soi
- Une extrême difficulté de représentations de relations

Dans le psycho-gramme de Mr. N., on ne retrouve aucune de ces caractéristiques, il est difficile donc de dire que le sujet présente une structure psychotique. Ce qu'on peut remarquer chez lui, c'est que durant l'adolescence la fréquence des crises a considérablement augmenté, alors qu'il était seul livré à lui-même, pas d'amis, et ne sachant pas comment se comporter en société.

On peut envisager l'hypothèse, selon laquelle, les crises d'épilepsies l'aident à supporter autant que possible ses problèmes. Face à cette fréquence importante, ses parents ont préféré lui faire arrêter les études. Il s'est retrouvé donc chez lui, sa mère s'occupait de lui à plein temps, ce qui lui a évité la décompensation.

Bergeret, démontre que dans le cas des « a structurations » ou les états limites, c'est la rencontre avec un deuxième traumatisme désorganisateur qui fait basculer le sujet dans la décompensation.

C'est exactement ce qui s'est passé avec Mr. N., le deuxième traumatisme étant l'arrêt du travail, il a très mal supporté et l'a très mal vécu. Ce qui l'a conduit à abandonner l'épilepsie au profit d'un trouble psychotique.

Mais néanmoins, il est fort possible que cette nouvelle organisation pathologique, se développe, en prenant forme sur un fond de l'épilepsie. Ce qui nous a conduit d'avantage à nous intéresser dans ce troisième point aux caractéristiques de la constitution épileptoïde ; telle que nous l'avons abordé dans la première partie de notre travail comporte deux pôles :

- Celui de la viscosité et du ralentissement, exprimant ainsi une affectivité concentrée et collante, amour des objets et de l'ordre, adhérence au sol natal et aux traditions, attachement à ce qui est stable, ralentissement intellectuel
- Celui des réactions explosives, comportant des colères violentes et des actes impulsifs.

Nous avons cherché ces indices chez nos deux cas cliniques pour illustrer cliniquement cette constitution. Les indices sont regroupés dans le tableau suivant :

Constitution Epileptoïde	Premier cas : Mr. A.	Deuxième cas : Mr. N.
Ralentissement moteur	Une lenteur dans l'exécution des tâches depuis l'épilepsie	Lenteur importante depuis son jeune âge Il est décrit comme une personne molle
Ralentissement intellectuel	Plainte de mauvaise concentration, et d'amnésie depuis la survenue de la pathologie Lenteur trop importante dans les réponses du Rorschach	A beaucoup de mal à comprendre les questions Prend un temps de réflexion important Revient sans cesse sur ces réponses afin d'être sûr de ce qu'il dit
Affectivité concentrée ou collante	Attachement important envers la mère Susceptibilité, il répond par colère à la moindre remarque ou critique	Trop attachant à sa famille, il n'accepte pas de se séparer de sa mère
Amour des objets et de l'ordre	Pas d'indices	Décrit par la famille comme minutieux, ordonné, faisant trop attention à ses affaires
Adhérence au sol natal et aux traditions	Il a toujours essayé de suivre les traditions familiales, il a épousé sa cousine parce que c'est ce qui lui a été exigé par la famille	Attachement aux principes moraux
Attachement à ce qui est stable	Il répond avec colère et agressivité au moindre petit changement dans sa vie	Programme ses journées, en cas de sortie, il faut qu'il soit prévenu au moins deux jours avant
Actes impulsifs et explosifs	Fréquents, quasi quotidiennement Son entourage n'arrive même pas à anticiper sa colère, il peut s'emporter pour tout et n'importe quoi	Fréquence moyenne On les retrouve après l'épisode délirant

Tableau 12 : Indices de constitution épileptoïde chez les deux cas cliniques

Conclusion

Les deux chapitres présentés dans cette partie forment la synthèse de la recherche. Ce qui nous a permis de démontrer le rôle primordial de la famille dans l'évolution de la pathologie de l'épilepsie. En effet les deux familles des deux cas cliniques ont une réaction différente l'une de l'autre, l'une vit au rythme de conflits familiaux et l'autre aborde l'approche de la surprotection familiale. Nous avons remarqué que ces deux approches et conduites familiaux ont un impact important sur l'évolution de l'épilepsie en premier lieu et sur la vie psychique de l'individu.

Conclusion

Conclusion

L'épilepsie étant la pathologie neurologique la plus connue et répandue, se définissant comme une affection chronique caractérisée par la répétition de crises épileptiques, qui représentent l'ensemble des manifestations cliniques en rapport à une décharge électrique résultant par l'activation simultanée d'une population de neurones.

Le présent travail nous a permis de répondre en partie aux questions préalablement posées sur les modifications psychiques chez l'adulte épileptique, à savoir comment s'expriment ces modifications, sont elles toujours défavorables à l'évolution d'une personne atteinte de l'épilepsie et quel est l'origine de ces modifications.

Les troubles mentaux et psychiques sont souvent liés à la pathologie de l'épilepsie, de là nous avons posé l'hypothèse selon laquelle l'épilepsie et la vie psychique entretiennent des rapports réciproques, ce qui nous fait dire qu'une modification dans l'une conduit à une modification dans l'autre.

Après la passation du Rorschach sur nos deux cas d'étude, et l'interprétation des résultats, plusieurs points sont tirés et cela grâce aux entretiens effectués avec les cas et les membres de leurs familles, ainsi qu'aux éclairages théoriques que nous avons abordé dans la première partie.

Le premier cas : il présente une viscosité, et une adhésivité envers la planche, puis quand il se retrouve face à une décharge émotionnelle importante, il a recours à l'impulsivité. Ces éléments rappellent aussi le refoulement comme mécanisme de défense, ce dernier a été décrit par J. Bergeret dans la structure névrotique. Mr. A. refoule les éléments qui le dérangent et qui lui font du mal, cependant ces éléments déferlent d'une manière inconsciente à travers son impulsivité.

Rappelons aussi que le mode d'organisation dans la structure névrotique se base sur le complexe d'Oedipe. Mr. A beaucoup de problèmes avec son père, ils ne s'entendent pas très bien, et cela depuis son jeune âge, actuellement le courant ne passe plus, pas de communication entre eux. Par contre il garde toujours une bonne relation avec sa mère.

Cette thématique est présente même dans le test du Rorschach, vu qu'il a mis la planche paternelle parmi les planches détestées.

Le deuxième cas : La passation du Rorschach a fait ressurgir des caractéristiques qui correspondent aux éléments recueillis lors des entretiens. On ne retrouve aucune des caractéristiques d'un psycho-gramme d'un psychotique, il est difficile donc de dire que le sujet présente une structure psychotique. Dans le cas des « a structurations » ou les états limites, décrits par Bergeret, c'est la rencontre avec un deuxième traumatisme désorganisateur qui fait basculer le sujet vers la décompensation. Le sujet a laissé tomber une constitution épileptoïde pour une décompensation d'allure psychotique. Cette dernière a trouvé ses racines dans une longue pathologie de l'épilepsie.

Ce que nous avons réussi à élucider dans ce travail, c'est l'examen clinique des états provoquant des modifications psychiques chez l'adulte épileptique. Toutefois, il est nécessaire d'approfondir ces résultats ultérieurement par une approche pluridisciplinaire et plus étendue sur la question.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

- 1- Beauchsne H. ; *L'épileptique* ; Dunod- Paris- 1980
- 2- Beizmann C. ; *Livret de cotation des formes dans le Rorschach* ; Centre de psychologie appliquée, Paris, 1966
- 3- Benony H. ; *l'entretien clinique* ; DUNOD, Paris, 2003
- 4- Bergeret J. ; *Psychologie pathologique, théorie et clinique*, Masson, Paris, 2004
- 5- Bergeret J. ; *Psychologie pathologique* ; Masson- Paris- 1976
- 6- Bergeret J. ; Reidetal W. ; *Narcissisme et états limites*, Dunod, Paris, 1999
- 7- Chabert C. ; *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique* ; DUNOD, Paris, 1997
- 8- Chiland C. ; *l'entretien clinique* ; PUF, Paris, 1985
- 9- De Toffol B. ; *Syndromes épileptiques et troubles psychotiques* ; John Libbey eurotext, Paris, 2001
- 10- Delay J. ; Pichot P. ; Lempérière T. & Perse J. ; *Le test de Rorschach et la personnalité épileptique* ; PUF, Paris, 1955
- 11- Emmanuelli M. ; *L'examen psychologique en clinique : Situations, méthodes et étude de cas* ; Dunod, Paris, 2004
- 12- Ey H.; Bertrand P. & Brisset CH. ; *Manuel de psychiatrie* Masson, Paris, 1978
- 13- Freud S. ; *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* ; Gallimard, Paris, 1932
- 14- Grebot E. ; *les bases de la psychopathologie* ; PUF, 2001
- 15- Guelfei J. D. ; *Psychiatrie de l'adulte*, Marketing, Paris, 1985
- 16- Harrus M. ; *Psychiatrie intégrée de l'étudiant* ; Librairie maloine SA. Paris, 1975
- 17- Jallon P. & al. ; *Epilepsies : Crises épileptiques, syndromes et facteurs de risque- Traité de neurologie* ; Wolters Kluwer, France, 2007
- 18- Jallon P. ; *L'épilepsie* ; PUF, Paris, 1992
- 19- Laplanche J. & Pontalis J. B. ; *Vocabulaire de la psychanalyse* ; PUF- Paris-1967
- 20- Loosli M. ; Usteri ; *Manuel pratique du test du Rorschach* ; Hermann, Paris 1976
- 21- Minkowska F. ; *Le Rorschach , à la recherche du monde des formes* ; Desclée de Brouwer- 1956
- 22- Minkowski E. ; *Le temps vécu* ; PUF- Paris- 1995
- 23- Polard A. ; *L'épilepsie du sujet* ; L'Harmattan, Paris 2004
- 24- Rausch de Traubenberg N. ; *La pratique du Rorschach* ; PUF, Paris, 1970

- 25- Robinson B. ; *Psychologie clinique, de l'initiation à la recherche* ; Beock Université, 2005
- 26- Roussillon R. ; *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale- Masson* ; Elsevier- 2007
- 27- Samarcher R. ; Alexandre B. ; *Psychologie clinique et psychopathologie* ; Bréal, 2005
- 28- Tribolet S. ; *Vocabulaire de santé mentale* ; Editions de santé, Paris, 2006

Articles et revues scientifiques

- 1- Abib Pedroso de Souza E. & al.; : A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy, *Epilepsy & Behavior* 8 232–238, 2005
- 2- Bergeret J. - Caractère et pathologie- *Encycl. Méd. Chir.- Paris- Psychiatrie* 37320 A 12- 1980
- 3- Gaitatzis A., Trimble MR. & Sander JW.- The psychiatric comorbidity of epilepsy- *Acta Neural Scand* 2004
- 4- Geier S. & Houssard-Bouchaud H. Crise épileptique, épilepsie, épileptique- *Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie*, 37250 A10, 2- 1981
- 5- HILLS M. : The psychological and social impact of epilepsy, *Neurology Asia* 2007; 12 (Supplement 1) : 10 – 12
- 6- Hoover T. O., Edwine E. & Wagner: Psychological characteristics of epileptic, *Ohio J. SCI.* 76(6): 259, 1976
- 7- Itsuo Kawai M.D. & Kenji Aoki : Primary Generalized Epilepsy and Temporal Lobe Epilepsy : A Psychological Study Using Rorschach Tests, *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, Vol. 37, NO. 3, 1983
- 8- Jacoby A, Baker GA, Steen & al.- The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates : findings from a UK. Community study- *Epilepsia*
- 9- Kanner AM. & Balabanov A.- Depression and epilepsy- *Neurology* 2002, 58 : 27-39
- 10- Kanner AM.- Depression in epilepsy, clinical semiology, pathogenic mechanisms and treatment- *Biol Psychiatry* 2003, 54 : 388-398
- 11- Le fascicule de la santé, N°9, Algérie, Février 2008
- 12- POND D. A.- Epilepsy and personality disorders- *Handbook of clinical neurology- The Epilepsies-* North- Holland publishing company, Amsterdam, 1974
- 13- Sachdev P. Schizophrenia-like psychosis and epilepsy : The status of association. *Am Journal of Psychiatry* 1998

- 14- Silva W., Giagante B., Saizor R et al. Clinical features and pronosis of monoleptic seizures in a devloping country. *Epilepsia* 2001
- 15- Stassart M. : L'épilepsie essentielle aux tests de Szondi et de Rorschach, Cahiers du CEP 4
- 16- Victoroff J. DSM III-R Psychiatric diagnosis in condidates for epilepsy surgery: life time prevalence. *Neuropsychiatry Behav Neurol* 1994
- 17- Will T. : Troubles psychiatriques chez des patients épileptiques et leurs traitements, *Epileptologie* 2008; 25: 2 – 9

Liens et sites internet

- 1- LFCE – Ligue Française Contre l'Epilepsie/ <http://lfce.epilepsies.free.fr>

Thèses et mémoires

- 2- Lemperiere TH. –L'état mental intercritique dans la comitialité- Thèse- Paris 1953

الملخص

حاولت هذه الدراسة ضبط التغيرات النفسانية عند الراشد المصاب بالصرع, اي التغيرات التي تحدث خلال صيرورة تطور مرض الصرع, ان التوازن و الحياة النفسية, لهما علاقة وطيدة, فعندما يساهم الصرع في اختلال التوازن او توازن الحياة النفسية, يمكننا ان نفترض ان الحياة النفسية تؤثر على الصرع بفعل معاكس, فالتغيير في الواحد يؤدي الى التغيير في الاخر.

الكلمات المفتاحية: الصرع, التغيرات النفسانية, البنية النفسانية

Résumé

Cette présente recherche étudie les modifications psychiques chez l'adulte épileptique, en d'autres termes les changements qui s'opèrent chez les sujets adultes atteints de la pathologie de l'épilepsie, entraînant l'équilibre ou le déséquilibre de la vie psychique. Utilisant la méthodologie clinique qui consiste à l'étude et le suivie de deux cas cliniques, ainsi qu'à l'utilisation du test du Rorschach pour recueillir le maximum d'éléments et d'indices psychiques.

Mots clés : Epilepsie, Modifications psychiques, Structuration psychique

Abstract

The present study examines changes in adult epileptic psychic, in other words the changes that occur in adult patients with pathology of epilepsy, causing the balance or imbalance of psychic life in using clinical methodology which involves the study and followed by two clinical cases, and the use of the Rorschach test recueillir maximum psychic elements and indices.

Keywords: Epilepsy, mental changes, psychic structuring