

# LA PATHOANALYSE

## 1<sup>re</sup> PARTIE

A. LUTS

Mots-clefs : psychiatrie, psychanalyse, neurosciences, anthropologie  
Key words : psychiatry, psychoanalysis, neurosciences, anthropology



Correspondance  
Pr. Alain Luts  
Service de Psychiatrie Adulte  
Cliniques universitaires Saint-Luc  
Avenue Hippocrate 10  
B-1200 Bruxelles

A l'heure où l'on s'interroge sur les rapports entre la psychanalyse et les neurosciences, il convient de ne pas oublier que l'une comme les autres sont ancrées dans notre culture. Le reflet de cette dernière est la philosophie. Celle-ci nous donne une représentation de l'homme.

La pathoanalyse est une méthode qui nous permet, à partir de la clinique psychiatrique, de nous éclairer sur ce qu'est un humain.

### SUMMARY

At the time of the debate on the relationship between psychoanalysis and neurosciences, one should not forget how deep both are rooted in our culture. Its true representative is Philosophy. It gives us an image of the human nature.

Pathoanalysis is a method based on clinical psychiatry, enlightening us on the true nature of the human being.

### INTRODUCTION

La pathoanalyse n'est pas une science ; il s'agit plutôt d'une méthode clinique qui analyse les maladies mentales et, ainsi, éclaire la santé, la normalité, le devenir humain.

En pathoanalyse, on déconstruit les maladies mentales pour atteindre les processus sous-jacents qui sont en fait les processus constitutifs de la nature humaine.

En fait, face à un patient, on se demande ce qu'il nous apprend sur nous-mêmes. Le travail avec un patient hystérique, par exemple, met en lumière le rapport de l'homme à l'amour.

Le pathologique éclaire le normal et nous permet ainsi d'accéder plus finement à l'anthropologie.

### 1° LE RAPPORT ENTRE LE PATHOLOGIQUE ET LE NORMAL

#### A. ETYMOLOGIE

*Pathos* : amène à l'idée de passion

*Logos* : parole dans le sens fort du terme, au sens du verbe qui s'incarne.

Avant le 18<sup>e</sup> siècle, la « pathologie » n'appartenait pas au domaine médical mais au registre des passions. C'est au 18<sup>e</sup> siècle qu'il se médicalise pour correspondre au terme de morbidité.

Dans le domaine des passions, on était dans l'ordre des valeurs ; mais dans le domaine médical, on est dans l'ordre des faits.

## B. ORDRE DES FAITS ET DES VALEURS

Le terme pathologique renvoie donc à l'ordre des faits, mais également à l'ordre des valeurs.

Ainsi, le normal signe une conformité à une norme et une conformité à l'ordre moral (registre des valeurs). On peut dire que l'ordre des valeurs survit de manière cachée sous celui des faits. C'est comme si le pathologique avait une moindre valeur, une dignité réduite par rapport à la normale.

Freud va revaloriser le pathologique de deux manières :

- le pathologique est toujours une tentative d'auto-guérison, mais elle échoue
- le pathologique nous apprend quelque chose sur la structure de l'humain

## C. PERSPECTIVE HISTORIQUE

Dans l'antiquité, on trouve un modèle égyptien et un modèle grec :

- Dans le modèle égyptien, la maladie n'est pas un processus ; il s'agit plutôt d'un être mauvais qui envahit l'être vivant sain. Il y a un conflit. On pourrait pratiquement parler d'une maladie parasitaire.
- Dans le modèle grec, c'est le mouvement dynamique qui prime ; il est au-delà du simplement visible. Le dynamisme révèle les forces, les mouvements, la croissance ; il s'agit des formes naturelles.

La santé qualifie le jeu harmonieux des formes naturelles alors que le pathologique caractérise le jeu dysharmonieux des formes naturelles.

Pour Hippocrate, le fondateur de la médecine grecque (IV<sup>e</sup> siècle ACN) , quatre éléments se mélangent dans l'organisme sin : la lymphe, le sang, la bile et l'atrabile. Chacun d'entre eux peut être fluide ou épais, froid ou chaud. Ainsi, la santé signe un mélange harmonieux ; dans la maladie,

une humeur prend le pas sur les autres et déséquilibre l'ensemble.

Le traitement médical doit simplement accompagner le mouvement naturel de la maladie puisque celle-ci vise à rétablir l'harmonie, l'équilibre rompu entre les quatre humeurs.

Au 19<sup>e</sup> siècle, le quantitatif domine. L'état pathologique est considéré comme une modification quantitative de l'état normal (hypo – eu – hyper). Il y a soit un excès, soit une carence.

## D. PRINCIPES FONDAMENTAUX

- La conception qu'on se fait du normal et du pathologique est dépendante du type de trouble que l'on met en avant. Par exemple, nous pourrions accorder un privilège massif aux névroses et théoriser à partir de ce point de vue. Mais, la définition du symptôme comme formation de compromis entre le désir et la censure, est-elle valable pour la psychose, la perversion, la psychopathie ?

- On ne peut pas réduire la maladie à ses symptômes, ni remonter des symptômes à des mécanismes psychiques partiels qu'on va isoler. Par exemple, psychose-délire-forclusion du nom du père serait un processus réducteur, mécaniciste.

Il faut considérer la vie dans sa totalité. Par exemple, on pourrait penser que quelqu'un qui présente une phobie spécifique consultera à seule fin de s'en débarrasser. Mais une phobie spécifique touche toujours l'ensemble de la personne et la totalité de son existence. Le propre de la phobie est d'enfouir un tas de difficultés dans un tiroir et, ainsi, de vivre presque comme tout le monde. Mais, quand le tiroir ne ferme plus... Ainsi, un homme ne peut plus passer sous un pont en voiture ; il les évite tous. Mais, petit à petit, il va y penser toute la journée. Nous voyons bien que, même pour un symptôme ponctuel, c'est l'ensemble de la personne qui est touchée.

- La psychologie clinique reçoit ses questions de l'expérience du sujet malade.
- Ce ne sont pas les contenus des fantasmes, délires, discours, pensées qui décident de la pathologie mais la manière dont la personne s'y réfère et ce qu'elle en fait. Un discours peut être délirant, mais s'il n'y a pas de conviction délirante, cela change tout. Un fantasme peut être pervers, mais si la personne ne passe jamais à l'acte, cela lui donne une toute autre allure.

- Nous ne sommes pas dans le registre d'une psychologie appliquée. Dans le positivisme, il s'agit d'avoir d'abord une définition solide du normal ; il faut définir la normalité, constituer un savoir sur ce qui est normal. Ensuite, on applique ce savoir aux pathologies avec pour but de corriger l'excès ou le déficit, le dysfonctionnement. Il s'agit de l'application à la pratique d'un savoir théorique pré-établi. En réalité, la théorisation vient toujours après coup, elle n'est pas première. **Les questions qui sont les nôtres viennent de la clinique et nous y renvoient.** La psychologie clinique se constitue à partir d'une expérience clinique et c'est à partir d'elle qu'elle va théoriser progressivement. C'est cela une perspective théorico-clinique ! Le choix du clinicien a un effet direct sur la prise en charge. Par exemple, la théorie que l'on se fait de la psychose a un effet immédiat sur le psychotique ; ce qui l'angoisse, c'est d'être l'objet de la jouissance ou l'objet de savoir de l'autre... En outre, si on affirme que la psychose est incurable, tout ce qu'il est permis d'espérer, c'est que la pathologie soit viable.
- Il ne faudrait plus parler de normalité (état) mais de normativité (mouvement). En effet, dans son mouvement, la vie pose des normes. Celles-ci ne viennent pas du biologiste, elles sont internes à la vie elle-même. On pourrait penser que l'homme malade constate sa maladie en se comparant aux autres. Il n'en est rien : l'homme malade se compare d'abord à lui-même dans le temps. Par exemple, le dépressif dira : « je ne suis plus comme avant ». L'homme malade se compare à lui-même et la pathologie éclate dans le temps. Le propre de la maladie, c'est de venir interrompre un courant, de mettre de la rupture dans un temps propre. Par excès, on pourrait dire que la santé, la pathologie, la guérison sont toujours relatives à une personne donnée ; ce qui est pathologique pour l'un, ne l'est pas nécessairement pour l'autre.
- La frontière entre le pathologique et le normal est floue et imprécise. Ce qui paraît normal à l'un ne l'est pas pour l'autre.
- Le facteur qualitatif a son importance. On ne peut pas réduire la différence entre le pathologique et le normal à une question de degré.

## 2° LA POSITION DE FREUD

D'après Freud, l'ensemble articulé des formes morbides va révéler la structure complexe et glo-

bale de l'humain. Cette démarche va entraîner chez lui une option nosologique.

Il est faux de dire que Freud a découvert la sexualité infantile mais il a découvert quelque chose de bien plus dérangeant : il découvre que l'infantile subsiste au cœur de la sexualité adulte, il découvre le caractère infantile de la sexualité humaine. Cela fait partie de la structure de la sexualité humaine.

L'enfant est un pervers polymorphe. Chez lui, les pulsions sexuelles partielles, orales, anales... jouent chacune leur propre jeu, sans organisation interne ; elles vont dans tous les sens. Chez le pervers, on retrouve cette sexualité infantile composée d'une multitude de pulsions partielles.

La sexualité humaine est constituée d'un ensemble de pulsions partielles. Elle est toujours en passe de se pervertir, elle inclut en elle un désir pervers. Voilà ce qui fait scandale car cela empêche une lecture de Freud qui serait développementale c'est-à-dire quelque chose de rassurant, délimité, avec des stades. A ce propos, remarquons que Freud ne parle pas de stades mais de phases : il s'agit donc de dimensions de la sexualité humaine.

Alors, comment organiser tout cela et donner une forme au sexuel qui est toujours constitué d'une pluralité de pulsions partielles ? Cette organisation demeurera problématique ; les régressions sont possibles.

Selon Freud, la sexualité humaine n'est pas réductible au physiologique et relève bien du pulsionnel.

Le concept de pulsion est un concept anthropologique : les pulsions sont propres à l'homme. Le pulsionnel ne relève pas de la nature mais relève déjà de la culture. Il y a un lien établi entre le langage et le pulsionnel.

Freud présuppose que la sexualité d'une personne n'est qu'une version de la sexualité. L'être humain est confronté à une multitude de versions sexuelles possibles parce que ce polymorphisme fait partie de la sexualité humaine.

Freud va finalement élaborer une nosographie ; à la différence d'une nosotaxie qui se contente de décrire (DSM IVr), la nosographie permet de voir des phénomènes ignorés jusqu'alors. Il va donc produire une nosographie novatrice, créer de nouveaux concepts. Sa nosographie est structurale et non purement descriptive. Ainsi, elle

structure et systématise car elle est close, fermée ; elle a un contour.

Néanmoins, à la différence de Szondi, il n'a jamais dit : je vais faire un système. Si le projet n'est pas explicite chez Freud, il est pourtant à l'œuvre parce que c'est une nosographie au sein de laquelle les formes se rapportent les unes aux autres. Sa nosographie fait système puisqu'il s'agit de faire tenir ensemble, de la manière la plus harmonieuse possible, en les accordant, les formes morbides. Freud exclut de ce champ d'application toutes les maladies neurologiques. En effet, un processus dégénératif ne peut rendre compte de la structure.

Et, de façon non moins intéressante, nous pouvons pointer qu'une démence n'est pas réversible alors que tous les troubles psychopathologiques sont supposés l'être.

Enfin, dans la démence, la personne est d'abord atteinte dans son organicité, et ensuite dans son humanité. Le dément est d'abord quelqu'un d'amoindri et, consécutivement à ce déficit, il devient autre. Chez le schizophrène, c'est l'inverse. Il est d'abord autre, aliéné et, s'il n'est pas pris en charge, il connaîtra lui aussi des déficits.

Le champ freudien se dessine de la sorte : il fait de l'anthropologie clinique, c'est-à-dire que ses registres pathologiques lui servent à mettre en lumière des dimensions constitutives de la structure humaine. Ainsi, la psychose lui fait découvrir la structure du Moi. La question posée par le psychotique est toujours ontologique : Qui suis-je ? Pour le schizophrène, cette question n'est même pas pensable, elle n'est plus soutenable. En fait, être soi-même est problématique pour tout homme.

### 3° LA POSITION DE SZONDI

Léopold Szondi est né en 1893 dans une famille hongroise. Son père était artisan et très attaché à la religion juive traditionnelle. Léopold était l'avant-dernier d'une famille de treize enfants ; son frère aîné était donc d'une autre génération.

Quand il a quatre ans, sa famille part à Budapest où il fera ses études jusqu'au doctorat en médecine. Lors de la première guerre mondiale, il est enrôlé dans l'armée prussienne.

A ce propos, il raconte une anecdote : il est au front lorsqu'un obus éclate à côté de lui et qu'un éclat se plante dans son sac ; il n'a rien et raconte

que Freud lui a sauvé la vie (grâce au livre qui se trouvait dans ce sac). Il lisait déjà Freud.

Après la guerre, il travaille à Budapest dans un laboratoire de psychologie expérimentale ; il en gardera le goût des mesures, des statistiques et de la recherche empirique. Szondi se voulait un jeteur de ponts entre différents domaines de la connaissance. Il est un jeune médecin, il s'intéresse à Freud et à la psychanalyse. Dans le laboratoire de psychologie expérimentale, il se familiarise avec les statistiques, les dispositifs expérimentaux, les mesures... Il manifeste également un grand intérêt pour la génétique, pour les questions de transmission héréditaire des maladies mentales.

Ainsi, la théorie szondienne n'est pas un système clos sur lui-même mais un carrefour entre différents systèmes de pensée.

De 1927 à 1942, Szondi dirige un laboratoire de recherche en psychopathologie à l'institut supérieur d'orthopédagogie à Budapest. Dans ce laboratoire, il s'intéresse aux thèmes de l'époque : l'endocrinologie, le problème des constitutions, l'oedipe constitutionnel, l'hérédité...

Etant juif, il est arrêté par les nazis et est interné dans un camp de concentration. A ce moment, les textes de Szondi existent déjà ; il a constitué une équipe de chercheurs. Celle-ci va être dispersée par la guerre. En 1944, Szondi est libéré grâce à l'intervention d'intellectuels juifs américains. Il part à Zurich où il travaille alors comme psychiatre psychanalyste indépendant. Progressivement, il reconstitue un réseau autour de lui, des collaborateurs, des élèves... Il continue son œuvre théorique sur l'analyse du destin. Cela débouche sur la création de « l'Institut Szondi » : c'est un centre de recherche, un centre thérapeutique et une école qui forme les cliniciens à la psychologie du destin (c'est un cursus de cinq années qui donne un diplôme équivalent au diplôme universitaire).

En 1971, Szondi reçoit le titre de doctor honoris causa à l'UCL et à Paris 7. Il meurt en 1986.

L'UCL a une place particulière dans le développement de la pensée szondienne grâce à Jacques Schotte. Ce dernier est psychiatre, docteur en psychologie et psychanalyste ; il a introduit la psychanalyse à l'UCL en 1963.

Avant cela, Schotte avait rencontré à de nombreuses reprises Martin Heidegger, travaillé avec Roland Kuhn, Léopold Szondi et Jacques Lacan ; il avait développé des amitiés solides avec Jean Laplanche, Jean Oury, les Ortigues et

tant d'autres... Avec Alphonse de Waelhens et Antoine Vergote, il fonde l'École de Louvain.

A l'UCL, il enseigne une psychanalyse au carrefour de la phénoménologie (voir chapitre 4) et de la psychopathologie szondiennne.

Schotte sera pour Szondi ce que Lacan a été pour Freud. Lacan dit qu'on se méprend dans la lecture de Freud, on perd de vue l'originalité de la découverte de Freud ; il propose donc un retour à Freud. Lacan va montrer que Freud ne fait pas du tout une psychologie psychanalytique : il ne faut pas réduire la psychanalyse à un mécanisme psychologique. L'être humain est un être de parole.

Schotte disait à Szondi que sa théorie génétique (le « géotropisme » : influence des gènes) n'est pas importante : selon Schotte, ce n'est pas là que se trouve le génie de Szondi. Ce qui est génial, c'est qu'il met en évidence les seize tendances pulsionnelles constitutives de l'humain et qui sont donc universelles (ce sont les particules élémentaires de la vie pulsionnelle humaine). Schotte relit Szondi, le remet à jour et le réinterprète.

On peut considérer qu'il y a trois phases dans le développement de Szondi.

## A. L'OPTIQUE NATURALISTE DE SZONDI

A partir de 1923, Szondi s'intéresse particulièrement aux problèmes des constitutions (la génétique, la biologie...). A l'époque, la psychiatrie s'y intéressait. Il s'agissait pour les psychiatres d'identifier des types humains, des types constitutionnels en corrélation avec des maladies mentales. L'idée de constitution est globale car elle implique le psychique et l'organique, le corporel et le physique... avec l'idée que la constitution prédispose à certaines maladies mentales.

Prenons comme exemple la lignée schizophrénique de Kretschmer. Il est créé trois niveaux : schizothymie-schizoïdie-schizophrénie. Kretschmer décrit le physique des schizophrènes : individu élancé, athlétique. Il décrit également leurs traits de caractère : tendance au repli sur soi, solitude... Selon lui, cette maladie serait héréditaire.

- premier niveau, la schizothymie. Il s'agit d'individus normaux présentant un certain type de caractère sans rien d'excessif (ils ne seront jamais schizophrènes).
- deuxième niveau : la schizoïdie. Ces individus restent dans le cadre de la normalité malgré une certaine exagération. Ils ne seront peut-être

jamais schizophrènes mais leur tendance au repli constitue déjà un handicap.

- troisième niveau : la schizophrénie. C'est la maladie.

Szondi fait une enquête généalogique au sein des familles. Il considère que les problèmes transgénérationnels sont importants. Il construit des arbres généalogiques, qui sont des outils de travail et font partie de sa méthode. Ce qui l'intéresse dans ces arbres, c'est le type de familles auquel on a à faire lorsqu'une personne est, par exemple, schizophrène. Il porte un intérêt particulier aux corrélats familiaux des pathologies. Ainsi, dans une famille de schizophrènes, un corrélat peut être une profession (est-ce qu'il y a des professions en affinité avec la schizophrénie ?). Un deuxième corrélat peut être les maladies connexes, psychiques ou somatiques. Un autre corrélat est le type de mort à travers les générations. Encore un autre corrélat : le type de mariage (Comment se marient-ils ? Est-ce que les membres d'une famille, où il y a beaucoup de schizophrènes, ont un certain type de partenaires ? Est-ce qu'il y a des affinités avec d'autres types de familles ? Comment se rencontrent-ils ?)

Szondi va ainsi constater que dans les familles d'épileptiques, il y a toujours plus d'énurétiques, plus d'asthmatiques, plus de migraineux, plus de prêtres, plus d'hommes de loi (juges, avocats...), plus de criminels meurtriers. Ce sont des corrélats empiriques.

## B. L'OPTIQUE ANTHROPOLOGIQUE DE SZONDI

C'est là qu'émerge le concept de destin. C'est un concept anthropologique. On entre dans le domaine de l'anthropologie clinique. Szondi dit que si le cosmos a une histoire, que si le vivant a une histoire, seul, l'homme a une histoire et un destin. Qu'est-ce qui a préparé Szondi à l'émergence de cette notion ? Les arbres généalogiques montrent que quelque chose se répète à travers les générations ; dans la chaîne des générations familiales, l'individu n'est qu'un maillon particulier. Le concept de destin est lié à la notion de répétition ; il y a une sorte de fatalité qui nous vient de nos ascendants et à laquelle il convient d'échapper.

Trois expériences sont à l'origine du concept de destin :

### a) un cas clinique

Un cas clinique va l'interpeller. Il reçoit un couple dont la femme présente une grave névrose

obsessionnelle. Cela lui rappelle quelque chose jusque dans les moindres détails cliniques. Mais, il ne sait pas quoi. Puis, il pense à un autre cas de sa pratique. Il consulte le dossier et la patiente à laquelle il a pensé est en fait la mère du mari. Szondi n'en revient pas ; cet homme a épousé une femme qui développe une névrose obsessionnelle très semblable à celle de sa propre mère. Il se demande donc si le choix du partenaire amoureux est le fruit du hasard ? Est-il innocent ?

Szondi a alors l'idée que la rencontre amoureuse, le mariage ne se font pas au hasard. Pour que l'alchimie prenne, il y a des déterminations. C'est ce que la clinique montre sans arrêt. Comment expliquer qu'une femme dont le père est alcoolique choisit un homme qui deviendra alcoolique ?

A partir de cette expérience, Szondi produit un énoncé : « le choix scelle le destin ». A travers les choix importants de la vie s'accomplit notre destinée individuelle. Dans cette formule, il y a donc « choix » et « destin ». Le choix nous renvoie à la liberté, le destin à la fatalité, aux contraintes, aux répétitions... Ce qui fabrique le destin est une dialectique entre contrainte et liberté. Pour Szondi, la liberté, ce n'est pas faire ce que l'on veut mais c'est faire face. Je suis libre quand je prends conscience de la nécessité à laquelle je suis soumis et à laquelle je fais face.

Contrairement à Freud ou à Lacan, Szondi nous introduit dans sa psychologie à la notion de la liberté. Freud et Lacan ne la nient pas du tout (une psychanalyse doit conduire à la libération) mais ils ne théorisent pas le concept. Szondi veut en parler. La question est centrale. Dans son test, par exemple, on choisit une photo parce qu'elle est sympathique ou antipathique. Il s'agit néanmoins de choix destinaux. En amour ou en amitié, on fait des choix destinaux. Dans un certain sens, ils orientent le destin. C'est ce que Szondi appelle le « libidotropisme » ; le tropisme est une force obscure qui pousse un groupe ou un phénomène à prendre une certaine orientation. Concernant l'humain, le tropisme est une force endogène, interne qui le pousse dans ses choix.

Cette question du choix est également présente chez Freud (choix de la névrose, qui peut être contraint). Pourquoi quelqu'un choisit de développer une névrose hystérique plutôt qu'une névrose obsessionnelle ? Que veut dire le choix de la névrose ?

Il y a également, dans les grands choix destinaux, le choix de la maladie. Szondi parle du

« morbotropisme ». Quand quelqu'un décompense, il ne le fait pas sur n'importe quel mode. Tout le monde a une certaine disposition pour une maladie, c'est une affinité pour un type de maladie plutôt qu'un autre.

Un autre choix destinal est celui du choix professionnel et de tout ce qui relève de ce domaine (« opérotropisme ». C'est l'idée que le choix professionnel relève de raisons bien plus profondes que le simple niveau des aptitudes. Ce choix répond à un besoin pulsionnel.

Un autre choix destinal est celui de la mort (thanatotropisme). On pourrait dire que cela n'est pas un choix, que cela nous tombe dessus (Lacan). Szondi ne veut pas dire que c'est un choix mais que ce choix peut arriver. Et, ce n'est pas toujours pathologique. Par exemple, durant la guerre, certains résistants préfèrent se tuer plutôt que de dénoncer, c'est là un acte de liberté ! Le suicide « philosophique », à supposer qu'il existe, ne serait pas non plus pathologique.

L'idée d'une suicidalité est que l'individu se donne une mort en accord avec sa vie et que cette mort vient éclairer son trajet existentiel. Parfois, certains choix de mort viennent donc révéler le sens de l'existence.

Les suicides pathologiques se font dans le cadre de pathologies mentales. Il y a d'ailleurs différents types de suicide en fonction des pathologies. Par exemple, les mélancoliques se noient ou se pendent. Les toxicomanes meurent d'overdose. Les hystériques utilisent plutôt les médicaments. Les psychotiques font des choix qui conduisent à un morcellement du corps, par exemple en se jetant sous un train.

## b) la lecture de Dostoïevski

Szondi se pose une question dès son adolescence. Comment est-il possible que Dostoïevski a consacré sa vie à mettre en scène, d'une part, des personnages sains et, d'autre part, des meurtriers avec un passage de l'un à l'autre. Dans « crime et châtement », le personnage principal, Raskolnikov, tue une vieille trésorière sans raison apparente. Tout le livre raconte l'évolution de cet homme qui, de meurtrier, devient mystique.

Dans « L'Idiot », c'est le mouvement inverse. Un prince qui est presque un ange (bonté, écoute, accueil ...) est ensuite saisi par un démon intérieur.

En fait, dans ses romans, on voit souvent les mêmes types de personnages : épileptiques, meurtriers, mystiques, hommes de loi.

Dans « Les Frères Karamazov », ce sont quatre frères qui tuent leur père. L'un, Smerdiakov, est épileptique ; c'est lui qui passe à l'acte. Un autre frère, Mitia, est un homme de droit : il revendique l'héritage de sa mère ; c'est lui qui est arrêté et jugé. Il contribue à l'assassinat du père par la **parole** (il dit dans les bars qu'il va le tuer). Au tribunal, Mitia prend la parole et dit : « Quel homme ne désire pas la mort de son père ? ». Un autre frère, Ivan, est l'homme de la morale. Il dit : « si le père est mort, alors tout est permis » ; il commet donc le meurtre en **pensée**. Le dernier frère, Aliocha, est le mystique ; il vit au monastère. Il contribue au meurtre par **omission** ; en effet, il se laisse distraire et oublie de surveiller Smerdiakov.

Szondi est interpellé par ces personnages. Il se dit que Dostoïevski a sans doute créé ces personnages car ils représentent des parties de lui-même, des problèmes dont il est porteur. Il transpose dans ses créatures romanesques ses problèmes personnels. Szondi ne dit pas qu'il s'agit d'une projection ; il va plus loin. Il se demande si l'homme de loi, l'homme moral, le religieux, l'épileptique sont articulés par une même question humaine et s'ils donnent chacun une réponse différente. Mais, quelle est cette question commune et que seraient ces réponses différentes ? Szondi se dit qu'on a un éventail de destins possibles, un éventail de types d'existence... Ces types d'existence seraient autant de réponses à une question humaine fondamentale.

### c) une expérience personnelle

Dans sa famille d'origine, ils sont treize enfants. Szondi se fiance à la fin de ses études de médecine. A travers un rêve, il se rend compte que sa fiancée ressemble énormément à l'épouse de son frère aîné. Il prend conscience qu'il répète le destin d'un autre, que son choix est contraint. Il rompt ses fiançailles.

A la fin des années 30, le concept de destin devient central et Szondi abandonne l'analyse des constitutions pour l'analyse du destin. Il se dit que ce n'est pas seulement un certain type de

constitution que l'on transmet de génération en génération. Dans une famille, on se transmet un certain nombre de possibilités destinales, de formes d'existence, entre lesquelles il faut choisir. Il distingue alors trois types de formes d'existence : la forme d'existence **morbide**, la forme d'existence **socialisée** et la forme d'existence **sublimée**. Chaque personne choisit d'actualiser une forme (ce n'est pas forcément conscient et lucide).

Dans le registre de l'épilepsie, la forme morbide est la crise d'épilepsie ou le meurtre, la forme socialisée est une profession en rapport à la loi (juge, avocat...), la forme sublimée est le choix d'une vie monacale. Ces trois formes d'existence ont un radical commun ou une question humaine universelle. Quelle est cette question ? Elle tourne autour du rapport à la loi (l'interdit du meurtre du père). L'homme religieux n'est pas dans la négation du père mais est dans l'affirmation du père céleste. L'homme de loi est concerné par la question de l'éthique, de la morale, de l'interdit du meurtre (respect de la loi et de son représentant, c'est-à-dire le père).

En ce qui concerne la crise d'épilepsie, Szondi s'appuie sur l'analyse que Freud a faite de la crise grand mal. Ce dernier n'a nullement une perspective étiologique (il ne s'intéresse pas aux causes, aux déterminations). Ni Freud, ni Szondi ne situent leur intérêt sur la cause mais sur le sens inconscient. Pour l'inconscient, la crise d'épilepsie met en scène, répète, sur le plan symptomatique, le meurtre du père et le châtement de ce meurtre. La crise réveille certains aspects de l'Œdipe.

Dans plusieurs études sur la personnalité des épileptiques, le caractère religieux est mis en évidence. Ce sont souvent des personnes tourmentées par des questions religieuses (par rapport à la culpabilité, la peccabilité, l'existence de Dieu). Il y a également une dualité profonde entre le bien et le mal ; les déchirements intérieurs sont importants.

Il y a une parenté entre l'épilepsie et l'hystérie : elles sont toutes deux articulées à l'Œdipe. Cette parenté fait partie de la tradition psychiatrique. Elles présentent toutes deux des crises qui passent par une décharge d'affects s'exprimant par le corps. Le radical commun est l'éthique, l'interdit du meurtre et donc la question du père (en tant que représentant de la loi).

RADICAL COMMUN	FORME MORBIDE	FORME SOCIALISEE	FORME SUBLIMEE
Loi	Epilepsie, meurtre	Juge, avocat	Religieux
Loi	Hystérie	Politiciens	Comédiens
Agressivité	Sadisme	Chirurgien, dentiste, boucher	Sculpteur
Etre	Schizophrénie	Psychiatre, psychologue...	Philosophe, écrivain

## CONCLUSION

La pathoanalyse nous permet d'approcher la nature humaine. Elle est non seulement convaincante sur le plan clinique mais, en outre, elle apporte un éclairage neuf à la philosophie. Aujourd'hui, nous ne pouvons plus étudier l'anthropologie sans connaître la psychopathologie et, à l'inverse, il n'est plus possible de pratiquer la psychiatrie en ignorant l'anthropologie philosophique.

Un prochain article dans le Louvain Médical abordera l'apport de la philosophie contemporaine à la pratique psychiatrique.



## BIBLIOGRAPHIE

1. A. DE WAELEHENS, La psychose, Editions Nauwelaerts, Louvain, 1972
2. S. FREUD, L'interprétation des rêves, Presses Universitaires de France, Paris, 1971
3. S. FREUD, Métapsychologie, Editions Gallimard, Paris, 1940
4. L. ISRAEL, L'hystérique, le sexe et le médecin, Editions Masson, Paris, 1976.
5. J. SCHOTTE, Szondi avec Freud, Editions De Boeck, Bruxelles, 1990
6. D. VASSE, Le temps du désir, Editions du Seuil, Paris, 1969.