

# DELIRE MYSTIQUE, CROYANCE ET INTERFACE

---

GIMENEZ (G.)<sup>\*</sup> , GULMONT (M.)<sup>\*\*</sup> , PEDINIELLI (J.L.)<sup>\*\*\*</sup>

---

## ILLUSTRATON INTRODUCTIVE

---

J'entre dans le pavillon. Un patient est au centre du salon. Je m'approche de lui et le salue: "Bonjour". Il me répond: "Qui êtes-vous, vous?"

- Je commence à me présenter: "Je suis psychologue..."

- Mais il m'interrompt immédiatement : "Un simple psychologue peut-il comprendre Dieu ? Savez-vous que je suis le père, le fils et le Saint-Esprit? ».

-Je reprends: "Dieu veut-il être compris?"

- Lui (un peu agacé): "Mais, qui êtes-vous ?"

- Moi: "Qui dites-vous que je suis?" (Je lui demande à la fois ce qu'il en pense, tout en reprenant ici une phrase de sa croyance, une question posée par le Christ à ceux qui lui demandaient qui il était).

- Il reprend alors vivement: "Ce n'est pas vous qui devez dire cela, c'est moi !" <sup>1</sup>.

---

\* Maître de Conférence en Psychologie, Université de Provence, Faculté de Psychologie, 29 av. R. Schuman, 13621 Aix-en-Provence. Psychologue, C.H. Montperrin, Aix-en-Provence, Service du Dr. Fornari.

\*\* Praticien Hospitalier, CH Digne.

\*\*\* Professeur en Psychologie, Université de Provence, Faculté de Psychologie, 29 av. R. Schuman, 13621 Aix-en-Provence.

<sup>1</sup> Cette courte séquence clinique est analysée dans un article intitulé "Le matériel culturel comme interface dans la relation thérapeutique avec les patients délirants mystiques" (GIMENEZ, PEDINIELLI J.-L., ROUAN, G., GUTMONT, M., 1997).

## PROBLÉMATIQUE & HYPOTHÈSES

Les délires à mystiques<sup>2</sup> font partie des délires utilisant des contenus culturels, comme les contes, les légendes, les mythes. Ces récits ont un point commun: leur contenu est connu, ou connaissable, accessible, partagé par les individus appartenant au même groupe culturel.

Mais parmi ces formations culturelles, les contenus religieux ont une spécificité: ils sont un objet de croyance pour un groupe donné. Ils sont investis par les membres du groupe religieux comme rendant compte d'une réalité invisible, spirituelle, échappant encore aux yeux des incrédules. Nous pensons que c'est une des raisons qui les amènent à être plus souvent et plus facilement investis de façon délirante par les patients<sup>3</sup>.

L'intégration de matériel culturel dans le délire amène une situation très particulière: le délire, qui très souvent coupe le patient du monde extérieur, peut avoir ici une fonction de liaison en ce qu'il est susceptible d'être partagé. Nous nous proposons de réfléchir aux conditions d'une telle liaison entre le patient et le clinicien, à partir des contenus du délire empruntés à la culture et plus particulièrement à l'aspect religieux.

### 1°) LE DELIRE COMME COUPURE ET TENTATIVE DE GUÉRISON

On dit souvent que les patients sont coupés du monde extérieur parce qu'ils délirent. Les hypothèses freudiennes prennent le contre-pied de cette position. En effet, pour Freud, le délire n'est pas en lui-même une rupture par rapport au monde externe. Je dirais même qu'il peut être une tentative d'intégration, de liaison.

Dans l'article *Névrose et psychose* (1924, 283), Freud décrit le délire comme une construction qui résulte d'un conflit entre le moi et le monde externe<sup>4</sup>. Face à des situations psychiquement traumatiques, le sujet, aux prises avec de grandes angoisses, ne peut se représenter son expérience intolérable. Le sujet va alors se défendre contre cette réalité externe en la "rejetant" et en la remplaçant par une nouvelle réalité, plus tolérable: le délire, l'hallucination. Dans cette perspective, le délire est le produit d'une double mécanique. D'abord un mécanisme "négatif" de défense qui consiste à appréhender le monde externe comme si la situation ou l'expérience intolérable n'existait pas: c'est le "déli" d'un fragment de réalité et le "rejet" de la représentation potentielle de cette réalité. Ensuite, des mécanismes de "reconstruction" (qui ont été en partie décrits (Gimenez, 1994) permettent de remplacer ce qui a été effacé par une nouvelle réalité moins angoissante.

<sup>2</sup> Le patient est en relation très proximale, voire fusionnelle (ou de collage) avec Dieu, avec l'objet idéalisé. Ils impliquent une non-différenciation sujet-objet idéalisé (indifférenciation dedans-dehors). Nous y trouvons les révélations, le contact avec Dieu, la filiation divine, les miracles, la présence d'êtres spirituels bienveillants ou hostiles, les puissances supranaturelles etc.

<sup>3</sup> La situation se complexifie quand on tient également compte des groupes religieux dont le fondateur est un psychotique contenu par le groupe qu'il a fondé.

<sup>4</sup> Le moi étant pour lui une instance qui permet de gérer le contact avec le monde externe il correspond aux fonctions de représentation du monde externe, remémoration, souvenir, mais aussi protection, filtre, gestionnaire des échanges, de la distinction entre ce qui est dedans et ce qui est dehors, ce qui est réel et ce qui est imaginé, rêvé (épreuve de la réalité, jugement de réalité).

Ainsi le délire est-il, dans une approche psychanalytique, une reconstruction qui constitue une "tentative de guérison" face à une situation que le sujet ne pouvait gérer.

Le patient "rebâtit l'univers, non pas à la vérité plus splendide mais du moins tel qu'il puisse de nouveau y vivre. Il le rebâtit au moyen de son travail délirant. Ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction" (Freud, 1911, 315).

Le délire est donc indispensable à la survie psychique du patient. Il est une transformation vitale de la réalité externe. Il représente la seule vérité psychique pour lui supportable à ce moment de son existence: et le sujet s'y agrippe en y adhérant de façon inébranlable. Le délire montre aux interlocuteurs potentiels l'insupportable, de façon transformée. Peut-être est-ce pour cela que le délire peut nous sembler intolérable.

Il est une tentative de re-liaison, en partie échouée, du sujet avec le monde externe.

## 2°) LE MATERIEL CULTUREL COMME INTERFACE POSSIBLE

Nous émettrons trois hypothèses :

1°) (Première hypothèse). Le délire mystique, utilisant des contenus culturels de croyance, en tant que formations de substitutions (Freud), peut être appréhendé, non comme une rupture par rapport au monde externe, mais comme potentiellement médiateur.

2°) (Seconde hypothèse): Certaines modalités d'intervention du clinicien peuvent favoriser cette médiatisation: il s'agit d'interventions qui ont une fonction d'interface\*: une des faces est tournée vers le clinicien et son univers, l'autre vers le patient et son délire.

3°) (Troisième hypothèse). Cette fonction d'interface des interventions du clinicien contribue à la construction d'un espace partagé qui n'est ni le délire du patient ni les référents du thérapeute mais une création\* qui permet leur coprésence\*, leur liaison\*, puis leur articulation\*, rendant possible le travail d'élaboration.

Je reprends maintenant chacune des ces hypothèses:

1°) Le délire à thème religieux (reprenant des contenus culturels de croyances) peut être appréhendé comme potentiellement médiateur.

Rappelons que c'est d'ailleurs une des fonctions des mythes et autres productions culturelles, que de proposer des scénarios « prêts à penser », ou « prêts à fantasmer » qui, pendant une crise, relieront le sujet à ceux qui partagent un même groupe<sup>5</sup>.

Comme l'a montré le groupe de recherche COR (Clinique des Objets de relation), l'organisation culturelle sur laquelle s'étaye le sujet lui fournit des associations toutes prêtes: des émotions contenues dans une enveloppe culturelle partageable entre un groupe d'individus donnés<sup>6</sup>. Les objets culturels sont alors triplement articulés: au sujet, au groupe, et à l'histoire. La culture et ses objets prennent alors le statut d'objets intermédiaires ou d'articulateurs

<sup>5</sup> Leur équivalent agi est nommé par les ethnopsychiatres et ethnopsychanalyste modèles d'inconduite ». Quand un patient a un conflit, il effectue un choix culturel du symptôme (qui est ainsi appareillé culturellement à sa pathologie). Le groupe identifiera le symptôme (Ex. C'est tel génie), le validera (Ex. C'est du vrai ou du faux), et le traitera. Par ce symptôme il sera ainsi ré-inséré dans le groupe. C'est ce que nos patients psychotiques ne parviennent pas à faire.

<sup>6</sup> Les contenus culturels sont ainsi utilisés comme contenants psychique, contenants de pensée.

relationnels/émotionnels. Ils fournissent des points de jonction aux psychés pour peu qu'ils fonctionnent sur le modèle de la métaphore pour au moins l'un des deux interlocuteurs<sup>7</sup>.

Pour Winnicott, la continuité (dedans-dehors, soi-l'autre, etc.) est assurée par l'héritage culturel qui est une extension de l'espace potentiel entre l'individu et son environnement. Je le cite: "C'est par la culture que s'articulent le code psychique personnel (structure des identifications, des fantasmes personnels, des relations d'objet, des systèmes défensifs) et le code social (système de pensée, valeur, rapport de sociabilité, mentalité)" (Winnicott, 1971, p.25).

Winnicott traduit bien ce qu'il en est de l'utilisation des référents culturels dans le développement psychique, pour penser nos expériences: il écrit: "En utilisant le mot culture, je pense à la tradition dont on hérite. Je pense à quelque chose qui est le lot commun à l'humanité auquel les individus et les groupes peuvent contribuer et d'où chacun de nous pourra tirer quelque chose si nous trouvons un lieu où mettre ce que nous trouvons " (Winnicott, D.W., 1971, p.137)<sup>8</sup>.

C'est « ce lieu où mettre ce que nous trouvons » qui fait en partie défaut dans la psychose. Il est à constituer<sup>9</sup>.

2°) Les interventions du clinicien qui ont une fonction d'interface favorisent la médiatisation avec le patient: une des faces est tournée vers le clinicien et son univers, l'autre vers le patient et son délire.

Les interventions du clinicien viseront dans cette perspective à intégrer le point de vue (ou vertex) du clinicien et du patient. Mais cette attitude du clinicien ne consiste pas à ~ entrer dans le délire du patient n OU encore à rejeter ce délire en tant que non réalité. C'est au contraire la mise en tension entre ces deux points de vue qui va constituer l'inter-face et donner accès au travail d'élaboration psychique.

Cette co-existence des deux points de vue, sans exclusion, pourra donner naissance à un sentiment d'ambiguïté au sens de Bleger (1967) (Symbiose et ambiguïté). Leur liaison puis leur articulation impliquent un écart donnant naissance à une espace de défusion, de différenciation et au travail de symbolisation.

3°) La co-présence, la liaison (union dans la séparation), puis l'articulation du délire du patient et des représentation du clinicien peut permettre la construction d'un espace intermédiaire patient-clinicien.

Nous utilisons le terme d'articulation tel que le définit R. Kaës<sup>10</sup> : « Toute articulation admet des éléments séparés par un vide et réunis par un espace intermédiaire" (Kaës, 1979, p.11). Kaës propose d'imaginer cet espace intermédiaire " comme un sas de communication ou

<sup>7</sup> Les contenus culturels ne sont intermédiaires que s'ils sont l'occasion de la rencontre à travers eux de deux psychés différentes et qui se constituent en conséquence de cette rencontre là. Sans la co-présence des trois éléments (deux psychées et un objet culturel) qui fondent la relation, il n'y a pas de relation intermédiaire. ( Plaquette de présentation du C.O.R., p.4)

<sup>8</sup> "J'ai employé le terme d'expérience culturelle en y voyant une extension de phénomène transitionnel et de jeu, mais sans être assuré de pouvoir définir le mot "culture". En fait, je met l'accent sur l'expérience Y. (Winnicott, 1971, p.137).

<sup>9</sup> Ce lieu est un lieu "trouvé-crée", espace potentiel entre l'individu qui l'aménage en le trouvant-créeant, et son environnement (Winnicott, 1975, p.139). Il est la place où se situe l'expérience culturelle. (Winnicott D.W., 1971, p.137.)

<sup>10</sup> Travaillant sur l'articulation entre intra-psychique et intersubjectif, R. Kaës a proposé la notion "d'espace intermédiaire d'étayage". (Kaës, 1979, p.7).

d'isolement, entre deux espaces hétérogènes (Kaës, 1979, p.7)", ici entre le délire du patient et les représentations du clinicien.

L'intermédiaire est une médiation, un rapprochement entre deux termes séparés, discontinus, dans l'écart<sup>11</sup>. L'intermédiaire est ainsi une instance d'articulation de différence, un lieu de symbolisation (possible). Il permet le pontage sur une rupture maintenue: un passage, une reprise. (Kaës, 1979, p 7)<sup>12</sup>

Je présenterait un court matériel clinique pour travailler ces hypothèses.

## ALAIN ET LES ANGES

Un patient de 27 ans, que j'appellerai Alain, m'est adressé par un collègue, dans un moment de décompensation psychotique. Il vit dans un monde peuplé d'anges et de démons. Il réécrit la Bible en la corrigeant. Il lutte avec des créatures spirituelles qu'il voit et entend jour et nuit.

Il arrive un peu en avance. Le bruit dans la salle d'attente attire la secrétaire du C. M. P., pourtant habituée aux patients.

Elle dit: "Il ne va pas très bien ce patient, il insulte les murs et leur donne des coup de pieds en criant comme s'il s'adressait à quelqu'un".

Début de l'entretien. Alain s'assied. Il s'agite sur sa chaise. Je l'invite à me parler de ce qui l'amène.

Lui: « J'ai des problèmes, je suis embêté par les anges. Je n'en peux plus. On m'a dit que vous pouviez m'aider. Je me bats avec des anges toute la journée pour survivre».

Suit un moment de silence. Alain semble tendu. Comme s'il s'était soudain inquiet des réactions possibles de son interlocuteur. Après un moment, il poursuit: "Qu'est-ce que vous pensez de ce que je vous dis ? »

Je réponds: "Je pense que vous avez besoin d'aide." Je le sens un peu détendu. Il me demande comment je me situe par rapport au contenu de son discours, je tente de me centrer sur la souffrance qu'il exprime. Ma réponse peut être comprise du point de vue du patient (il a

<sup>11</sup> L'objet culturel (et son investissement dans la croyance) pourra être investi comme objet de relation si il est l'objet d'un travail psychique préalable d'un des deux interlocuteurs (le clinicien) qui associe une souffrance ressentie dans la relation à une forme investie préalablement et offerte comme conteneur à l'autre (Thaon, 1985). L'objet culturel peut devenir objet de relation si il est préinvesti également par le clinicien, et indique, à travers lui, un point de castration. Le clinicien pourra relier ce qui se passe dans la relation clinique (et en particulier ce qu'il repère au niveau contre-transférentiel et que le patient ne peut encore verbaliser) à une forme toute prête de la croyance (récit mythique, parabole, etc) à laquelle le patient adhère.

<sup>12</sup> Pour Kaës, "l'intermédiaire est une instance de communication: ce qui appartient à A et à B par les éléments qu'ils possèdent en commun; entre deux termes séparés, discontinus, dans l'écart, l'intermédiaire est une médiation, un rapprochement dans un maintenu-séparé; il est ainsi une instance d'articulation de différence, un lieu de symbolisation (possible). L'intermédiaire est enfin une instance de conflictualisation: d'opposition entre des antagonismes. Par ces trois caractères, l'intermédiaire assure une fonction de pontage sur une rupture maintenue: un passage, une reprise." (Kaës, 1979, p.11)

besoin d'aide pour le défendre des anges) et du point de vue du clinicien (il a besoin d'une aide psychologique).

Il reprend aussitôt: "Mais vous croyez aussi qu'ils existent ?"

Face à sa question, très directe, je reste quelques longues secondes silencieux. J'essaie de laisser cohabiter en pensée nos deux points de vue sur ce qu'il me présente. De son point de vue, il ne s'agit pas de croyance, les anges non seulement existent mais l'envahissent de façon intolérable. Et il est urgent pour lui de trouver un interlocuteur qui l'aide. De mon point de vue, le patient, démuné face à des expériences délirantes et hallucinatoires, se demande si son interlocuteur va recevoir ce qu'il lui adresse: souffrance, désespoir, violence, etc.

Je dis: "Que je croie ou pas que les anges existent, ne les empêche pas de vous envahir et de vous empêcher de vivre. Vous vous demandez si je peux comprendre ce qui vous arrive et si je peux vous aider. Je vous propose de vous aider à être moins envahi par ces anges. Ces anges que vous voyez et entendez et que je peux imaginer à partir de ce que vous m'en direz. Vous devrez m'en parler davantage afin que j'apprenne à les connaître". 7

Dans cette intervention, je tente de lui signifier:

1°) Que la question de ma croyance, de la sienne et de nos certitudes sont secondes par rapport à la souffrance qu'il éprouve.

2°) Que c'est cette souffrance qui est l'objet de sa démarche et d'une thérapie possible.

3°) Que je ne mets pas en cause son point de vue à savoir que des anges lui rendent la vie difficile et l'intrusent. Et que nos deux points de vue peuvent cohabiter sans s'exclure.

4°) Que l'on peut se mettre d'accord sur une alliance de travail: travailler sur sa capacité à filtrer les excitations essentiellement d'origine internes et leurs expressions hallucinatoires (c'est-à-dire travailler sur sa fonction pare-excitative insuffisante).

Mon intervention semble le calmer et le soulager. Il évoque alors 1~.S différentes démarches qu'il a entreprises avant de venir me voir.

Il reprend:

- «Je suis allé voir un psychiatre qui m'a dit qu'il était urgent de m'hospitaliser. Je suis parti en courant pour qu'il ne m'enferme pas.

- Je suis allé voir un autre médecin qui m'a dit qu'il me fallait des médicaments. Il croyait que j'étais malade et que je créais les anges en les imaginant. J'ai rien dit et j'ai jeté l'ordonnance.

- On m'a donné l'adresse d'un psychologue qui croyait aux anges. Il m'a dit: Ne vous inquiétez pas, ce que vous voyez existe bien, seuls certains initiés les voient". Cet homme était bizarre, il m'a fait très peur, je crois qu'il était complètement fou ».

Il me regarde d'un air interrogateur. Un long silence suit.

Je reprends: « Vous vous demandez si je vais enfin recevoir ce que vous essayez d'adresser à quelqu'un ? » Lui, un peu surpris et plus détendu: « Oui ».

Un moment de silence. Il tourne la tête vers la droite. Il reprend: "Voilà, ils recommencent, pas moyen d'avoir un moment de tranquillité".

Je dis : « Ils recommencent, les anges ne vous laissent pas tranquille, vous vous sentez envahi par eux ., Dans cette intervention, je maintiens en tension son point de vue (vertex) et le mien. De son point de vue, les anges sont en train de l'intruser, lui parler, le souffleter, l'empêcher de vivre, de mon point de vue, c'est une hallucination qu'il appréhende comme une expérience perceptive. Je rends co-présents le point de vue des faits (registre référentiel) avec le point de vue de l'appréhension subjective (registre modal).

Je lui demande, pour m'aider à mieux comprendre ce qui se passe, de me traduire à haute voix ce que les anges lui disent ou font. Cette demande de traduction marque: - que ses hallucinations sont importantes pour moi, que je les prends au sérieux, - mais que j'ai besoin de lui (ses yeux et ses oreilles, sa bouche) pour en savoir quelque chose. (Je ne suis pas lui, il n'est pas moi, il y a une distance entre nous).

Il évoquera alors les carnets sur lesquels il note tout ce que les anges font et disent. Les révélations. La réécriture de la bible qu'il fait, guidé par ces anges, les prophètes, et quelquefois par le Christ.

---

## CONCLUSION

---

Nous avons indiqué quelques moments, cliniques du début d'une thérapie, pour réfléchir à l'articulation entre l'univers du patient et celui du clinicien, médiatisée par le matériel culturel.

Les interventions double face (ayant fonction d'interface) maintiennent en co-présence deux points de vue qui devront progressivement s'articuler. Le fait de tolérer le point de vue du patient lui permet souvent de tolérer le nôtre.

Cette position ne consiste ni à réduire le point de vue de l'autre à notre propre point de vue, ni à réduire la situation au point de vue du patient (c'est-à-dire par exemple "entrer dans le délire du patient").

Mais nous voyons, dans le suivi de patients psychotiques, combien ce travail de liaison et d'articulation est difficile.

Nous repérons dans les thérapies, la grande difficulté de tolérer l'omnipotence du patient (Gimenez, G, Pedinielli, J.L., Rouan, G., Guimont, M., 1997). Que cette omnipotence soit déléguée aux Dieux, aux objets idéalisés ou bien portée par le patient lui-même. Cette omnipotence nous renvoie, très fort, à notre capacité à tolérer notre finitude, notre castration, dans un mouvement jamais complètement intégré et toujours remis en cause par notre narcissisme.

Nous expérimentons également cette difficile nécessité pour le clinicien de « se mettre à la place où nous pouvons être trouvé par le patient ». Et faire le deuil de trouver le patient là où nous l'attendons. Ce que certains auteurs appellent « se mettre en position favorable ». Cette position favorise chez le patient l'émergence d'une « l'illusion efficace » : cette illusion d'une relation possible suivie, plus tard, de la désillusion, permettra peut-être le travail de la symbolisation et de la pensée.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

[1] BION, W.R., 1970. L'attention et l'interprétation. Paris: E'ayot, 1974.

[2] BION, W.R., 1971-1975. Entretiens psychanalytiques. Paris: Gallimard, 1980.

- [3] BLEGER, J., 1967. Symbiose et ambiguïté. Paris: Presses Universitaires de France, 1981.
- [4] FREUD, S., 1911. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le président Schreber). In Cinq psychanalyses. Paris: Presses Universitaires de France, 1970.
- [5] FREUD, S., 1924 a. Névrose et psychose. In Névrose psychose et perversion.. Paris: Presses Universitaires de France, 1973,283-286.
- [6] GIMENEZ, G., 1992. L'objet culturel pour penser l'hallucination négative. In: ANZIEU, D., CLANCIER, A., CHOUVIER, B., DRAVET, D., GIMENEZ, G., GUERIN, B., NETTER, M., OLIVIER, J., Objet culturel, travail psychique, Actes des Journées d'Etude de Psychologie Sociales Cliniques Organisées par le C.O.R., Arles, février 1992, 103-115.
- [7] GIMENEZ, G., 1994. Entre chaos et pensée, l'hallucination, un contenant présymbolique. In: D. ANZIEU (directeur), B. GIBELLO, D. HOUZEL, S. TISSERON, G. LAVALLLEE, G. GIMENEZ, BARRUEL, L'activité de pensée, émergences et troubles. Paris: Dunod, 145-156.
- [8] GIMENEZ, G., 1996. Objet de relation et gestion du lien contre-transférentiel avec une patiente hallucinée: les couleurs d'une rencontre. Actes des XIe Journées d'Etudes du C.OR. (Cliniques des Objets de Relation), Objet et contre-transfert, Arles, 1 et 2 avril 1995.
- [9] GIMENEZ, G., PEDINIELLI J.-L., ROUAN, G., GUIMONT, M., 1997. "Le matériel culturel comme interface dans la relation thérapeutique avec les patients délirants mystiques". Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, n°4, 50-53.
- [10]KAES, 1979. Introduction à l'analyse transitionnelle, in Crise, rupture, et dépassement, Paris, Dunod.
- [11]PEDINIELLI, J.L., BERTAGNE, P., ROUAN, G., GIMENEZ, G., 1997. Psychose et consentement: un retournement. In Les psychoses. Diversité des concepts et des pratiques. Confrontations Européennes. 1997. Editions électronique SPH-AFI'P. Paris.
- [12]THAON, M., 1985. Introduction aux objets de relations. In Après Winnicott, la place de l'objet dans le travail clinique, Actes des journées d'études du C.O.R., Rencontres cliniques, Hôpital Joseph Imbert, Arles, 13-17.
- [13]WINNICOTT, D.W., 1971. Jeu et réalité. l'espace potentiel. Paris: Gallimard, 1975