

Franco De MASI

Délire et vision bi-oculaire

Article paru sous le titre : 'Delusion and bi-ocular vision'. Int.J Psychoanal. (2015) 96 : 1189-1211, traduit de l'anglais par Jean-Michel Quinodoz, relu par Luc Magnenat.

(© Copyright International Journal of Psychoanalysis)

*Franco De MASI
Via Ramazzini 7, Milano 20129, Italie*

franco.demasi@fastwebnet.it

Résumé : L'état délirant est le résultat d'une disjonction grave au sein de la psyché dont l'issue n'est pas aisée à prévoir. L'étude d'un mode de disjonction spécifique peut nous aider à comprendre la nature et le caractère radical du délire. L'auteur de cet article présente le traitement d'un patient psychotique qui, en dépit de nombreuses années d'analyse et des progrès accomplis dans sa vie, a continué de manifester des épisodes délirants bien qu'ils soient délimités et contenus. Chez ce patient, les deux formes de vision, l'une d'ordre délirant et l'autre d'ordre réel, demeurent distinctes et différenciées l'une de l'autre, car elles partagent toutes deux le même caractère perceptif, à savoir celui de la réalité. Ce patient a une vision bi-oculaire de la réalité et non pas une vision binoculaire, car sa vision manque d'intégration, ce qui aurait été forcément le cas si ces deux formes de visions avaient pu être comparées l'une avec l'autre. Le principe de non-contradiction cesse de s'appliquer dans le délire. L'un des corollaires de l'échec du principe de non-contradiction est que, si une affirmation et sa négation sont vraies l'une et l'autre, alors toute affirmation est vraie. Les logiciens qualifient cette conséquence de principe d'explosion. C'est pour cette raison que toute distinction entre vérité, réalité, improbabilité, probabilité, possibilité et impossibilité, est perdue dans le système délirant, entraînant dans son sillage un mécanisme omnipotent et explosif au potentiel de progression infini. L'auteur de cet article présente ses réflexions sur les possibilités d'une transformation par la psychanalyse de l'expérience délirante.

Mots-clés : délire, psychose, hallucination, fantasme, mythe, rêve, pensée psychotique, réalité psychique, réalité sensorielle, transfert, contre-transfert

Nous le savons, la psychanalyse et le délire ne sont pas une simple affaire.

(Nacht et Racamier, 1958)

Cette contribution cherche à déterminer la spécificité du délire psychotique ainsi qu'à montrer que, en termes de violence et de progression, cette création du psychisme diffère de n'importe quelle autre production mentale pathologique. L'expérience délirante résulte d'une grave disjonction dans le psychisme dont l'issue n'est pas immédiatement prévisible et le chemin qui y conduit est pavé bien des décennies avant qu'elle ne se manifeste cliniquement. De ce fait s'installe une déconnexion si fondamentale qu'il est impossible de dire si le patient, une fois entré dans le système délirant, sera capable de récupérer l'unité de son psychisme. Le délire n'est pas l'équivalent d'une narration, il s'agit d'une pure construction perceptuelle qui, en tant que telle, ne peut pas être traitée par le psychisme comme une représentation chargée de sens implicite. L'examen du mode spécifique de dysfonction qui accompagne et menace de perpétuer l'expérience délirante peut nous aider à comprendre la nature et le caractère radical du délire.

Fantasme, mythe et délire

Afin de faciliter la compréhension de la nature du délire, je vais présenter quelques contributions en provenance de la littérature psychanalytique portant sur les différences et les ressemblances entre délire, fantasme et mythe.

En cherchant à établir une distinction entre l'activité fantasmatique et l'expérience délirante, Lichtenberg et Pao (1974) ont relevé que, dans le fantasme, le patient conserve une certaine distance par rapport à l'image créée, tandis qu'il s'y accroche dans le délire de manière désespérée et irrévocable. On peut facilement se détacher du fantasme, mais sombrer dans le délire produit désorientation et angoisse. Lorsque le fantasme disparaît, le sujet sent son plaisir diminuer lorsque le fantasme est positif, et un soulagement dans le cas d'un fantasme négatif. Selon ces auteurs, les délires sont très obstinés parce qu'ils sont fondés sur des configurations défensives extrêmement archaïques. Ils citent un commentaire de Freud à propos de la persistance des défenses archaïques qui sont maintenues sans modification au sein du psychisme : « un État dans l'État, un parti inaccessible » (1939, p. 164).

Les deux auteurs établissent une autre distinction importante entre fantasme et désir. Alors que dans le premier cas le dérivé de la pulsion trouve sa satisfaction, dans le désir il existe clairement un sens du temps et de l'attente, et un doute subsiste quant à l'accomplissement du but. Dans le désir également, le futur, le présent et le passé conservent leur représentation alors que dans le fantasme le temps et le sens de l'espace peuvent être manipulés par des processus magiques. Pour cette raison le fantasme appartient davantage au ça, tandis que le désir relève du domaine du moi, du préconscient et du conscient.

Igra (1997) postule que la différence entre le mythe et le délire dépend de l'état mental – qu'il soit ouvert ou fermé – de la personne qui les génère. Tandis que le mythe conserve un potentiel créatif ouvert à la symbolisation, le délire est caractérisé par une pauvreté symbolique et par des structures rigides. Le mythe peut être considéré comme une narration ayant pour but de comprendre la réalité. Du fait que le mythe peut créer, élargir et transformer les symboles, il parvient à produire de nouvelles significations révélant ainsi ce qui n'est pas encore connu. Par contre, le délire est une réalité fermée qui est incapable de créer des symboles. Le délire est composé de signes déjà saturés par des convictions préformées qui renferment une gamme limitée de significations. Dans l'expérience délirante, dominée en soi par l'omniscience, les faits sont jugés par avance comme évidents et les pensées sont confondues avec les actes. Il n'y a rien qui ressemble à une signification personnelle, mais seulement des réalités privées isolées de l'univers symbolique. Dans l'espace mental ouvert

auquel appartient le mythe, l'incertitude est liée à l'espoir et à l'attente, tandis que dans sa contrepartie fermée, caractéristique du délire, la certitude devient persécution.

Pazzagli (2006) soutient que la narration et le délire ont des caractéristiques très différentes sous l'angle de la communication. Les délires n'ont pas pour but de communiquer et se présentent comme absolus, saturés et comme une vérité non modifiable, qu'on ne peut que croire ou rejeter. Le délire qui surgit au cours d'une séance d'analyse est caractérisé par un sentiment de certitude inébranlable qui l'empêche d'être analysé, justement parce que la certitude rend la narration de l'expérience délirante complètement fermée et inaccessible à toute intervention de l'auditeur. Par contre, la narration correspond à la construction d'une histoire non saturée qui s'adresse toujours à une autre personne et se trouve construite par les deux membres du couple – le narrateur et la personne à qui la narration s'adresse. L'auteur rapporte le cas d'une femme traumatisée dans l'enfance dont l'origine de l'expérience délirante pouvait être comprise grâce à la remémoration et aux associations en rapport avec les événements traumatiques. C'est ce qui a permis de transformer l'expérience délirante en une histoire - une narration partagée par le patient et l'analyste.

Rêves et délires

Freud (1940 [1938]) établit un équivalent entre délires et rêves. En fait, il existe bien des points de ressemblance entre les deux. Par exemple, les rêves et les délires sont alimentés par un tissu narratif constitué d'éléments sensoriels, d'images visuelles et de perceptions auditives grâce auxquelles le rêveur sent que ce qu'il perçoit correspond à la réalité. En se réveillant, le rêveur, contrairement à un sujet délirant, peut comparer la réalité du rêve avec son expérience au réveil et il comprend que le rêve correspond à une narration émotionnelle en soi qui diffère d'une expérience réelle.

Cependant, il est très difficile pour un patient psychotique d'établir une différence entre quelque chose qui a été vécue en rêve et un fait réel. Lorsqu'il rêve, il n'est pas certain qu'il s'agisse d'un rêve ou d'une réalité, alors que, lorsqu'il est dans un état délirant, il est incapable de voir le délire comme un rêve éveillé et de s'en distancer. Dans l'activité délirante, une 'voix' ou une 'intuition' révèle une nouvelle réalité pour le patient qui considère que cette nouvelle perception possède un caractère de vérité incontestable. C'est la raison pour laquelle un patient psychotique peut prendre un rêve pour une révélation et le traiter comme étant la découverte d'une réalité 'autre'. Cependant, on doit ajouter que chez les patients psychotiques certains rêves ne possèdent pas de signification symbolique, mais qu'ils décrivent la structure délirante qui se prépare à prendre possession du psychisme (Capozzi et de Masi, 2001). Face à de tels rêves on devrait utiliser des interprétations plutôt descriptives que symboliques. Ainsi, on parvient à aider le patient à se représenter ce qui se présente comme un fait concret, sensoriel – c'est-à-dire comme une réalité irréfutable.

Freud (1911) lui-même note qu'au moment du déclenchement du second épisode psychotique, le président Schreber avait rêvé plus d'une fois que sa maladie nerveuse allait ressurgir. Une fois, il avait eu le fantasme qu'il était une femme soumise à l'acte de copulation. Freud soutient que, dans de tels cas, le patient anticipe le matériel qui va composer la psychose. De fait, dans son délire, Schreber disait qu'il avait été transformé en femme et fécondé par les rayons de Dieu. De là, certains rêves ou certains fantasmes de type onirique pourraient annoncer le réveil d'une réalité délirante.

La pensée psychotique

Dans ses premiers écrits, Freud utilisait le terme de 'pensée-réalité' qu'il distinguait de celui de 'réalité externe'. Plus tard, en 1900, il introduisit le concept de réalité psychique pour indiquer que les constructions fantasmatiques imprimées dans la mémoire peuvent ne pas être distinguées, par

le sujet, événements réels tels qu'une séduction réelle. Par conséquent, les patients névrosés réagissaient par rapport à leurs pensées de la même manière que les individus normaux par rapport aux événements réels.

Le fait que la réalité psychique renferme souvent des pensées qui se contredisent mutuellement signifie que l'activité de pensée elle-même peut véhiculer des besoins ambivalents. Pourtant, aussi conflictuelle, absurde ou egodystonique qu'une pensée puisse paraître, elle est toujours considérée comme une pensée et non comme une perception concrète comme dans le cas d'un délire.

Hanna Segal (1957) a avancé le concept d'équation symbolique pour expliquer ce qui caractérise la pensée psychotique. Selon cet auteur, une distinction entre la représentation du self et de l'objet s'avère nécessaire pour préserver la représentation normale d'un symbole fondé sur l'introjection d'objets vécus comme séparés de soi. Dans le cas d'un patient psychotique, une partie du moi est confondue avec l'objet de sorte que le symbole est confondu avec l'objet symbolisé. C'est l'excès d'identification projective chez le psychotique qui obture la différence entre le self et les objets, et entraîne la confusion entre réalité et fantasme.

Le même auteur (Segal, 1974) a cherché à distinguer l'imagination créatrice d'un artiste de celle d'un sujet délirant. Elle affirme que l'artiste crée au moyen d'un acte réparateur qui permet la naissance d'un nouvel objet. Alors que le sujet délirant fait un avec sa création, l'artiste permet à l'objet créé de se séparer de lui, une fois qu'il a terminé son travail. Ainsi, il regarde son œuvre avec un certain détachement et en possède une vision critique. Par ailleurs, tandis que l'artiste se sent en partie identifié avec un couple de parents tout en s'en distinguant, le sujet délirant prend la place des parents et ne leur reconnaît aucune fonction. L'artiste cherche également à recréer une vérité intérieure et ne confond pas ses désirs et ses fantasmes avec la réalité, par contre le sujet délirant n'est pas conscient de la toute-puissance qui produit son délire.

Dans une contribution publiée en 1971, Herbert Rosenfeld présente l'examen détaillé de l'importance de l'identification projective et du clivage du moi dans la psychopathologie de la psychose. Il note que Mélanie Klein (1946) a relevé que les mécanismes de clivage, de déni et d'omnipotence impliqués dans le processus psychotique sont également présents dans les phases précoces du développement et que, à un stade ultérieur, ils jouent un rôle similaire au refoulement. Rosenfeld distingue deux types d'identification projective, le premier est utilisé pour communiquer et le second pour débarrasser le psychisme de ses parties indésirables. C'est cette seconde forme d'identification projective qu'un patient psychotique utilise dans le but de transformer la réalité psychique.

Edith Jacobson (1954) a également relié les identifications d'un patient délirant avec les mécanismes infantiles précoces d'identifications magiques grâce auxquels un petit enfant sent que lui et l'objet font un ou qu'il devient lui-même l'objet, sans tenir compte de la réalité. Manifestement le point de vue de cet auteur est analogue au concept d'identification projective avancé quelques années plus tôt par Mélanie Klein.

Comme le remarque O'Shaughnessy (1992), le psychisme cesse de penser lorsqu'il utilise l'identification projective non seulement avec excès mais également d'une manière inhabituelle. Au lieu d'être utilisé dans des buts de communication (comme lorsqu'un enfant crie ou pleure dans le but d'être compris par la mère), le psychisme fait usage de projections violentes de manière à évacuer et à éliminer la conscience du self et de l'objet. Du fait de cette distorsion, les perceptions internes ou externes ne sont pas transformées en éléments psychiques conscients ou inconscients pouvant être refoulés et parvenant néanmoins à entrer dans le travail de rêve. L'auteur rappelle l'affirmation de Bion (1957) selon laquelle l'origine de la personnalité psychotique repose sur la fragmentation consécutive à l'expulsion des instruments par lesquels le moi prends connaissance de la réalité –

c'est-à-dire les sens, la conscience et la pensée. En d'autres termes, ce sont chacun des aspects de ce que Freud a appelé ' principe de réalité' qui sont éliminées.

Quel type d'imagination ?

La capacité d'utiliser l'imagination à des fins d'intuition est un processus qui se développe tardivement. Les très petits enfants sont incapables de comprendre la nature plutôt représentationnelle des idées et des sentiments, et de mentaliser l'expérience psychique (Fonagy et Target, 1996). Lorsqu'un enfant commence à jouer, il saisit les deux réalités séparément, celle du jeu et celle de la réalité externe, étant conscient que la première correspond à 'faire semblant' – c'est-à-dire à une réalité purement imaginaire.

J'utilise le terme 'imagination' pour désigner une forme d'activité mentale qui peut faire usage d'images sensorielles, mais qui véhicule également des désirs, une curiosité, une quête de nouvelles expériences ou une ouverture sur le monde. Le jeu et le rêve sont toutes deux des expériences construites sur une base sensorielle (images visuelles ou auditives, apparition de personnages ou de mots), mais les significations qu'elles comportent s'étendent bien au-delà de simples représentations. Les rêves assument une fonction de communication qui génère des expériences émotionnelles comparables à un récit artistique tel qu'un poème ou un drame, ou toute création artistique au sens général. Leur fonction s'épuise lorsque la tâche de communication s'est accomplie.

Dans le délire, la distinction entre jeu et réalité est perdue parce que l'expérience délirante ne correspond ni au jeu ('faire semblant'), ni au rêve qui est l'activité symbolique par excellence. Aux yeux de son initiateur, le délire prend la forme d'une expérience perceptuelle qui produit des données sensorielles indéniables.

Le travail au moyen duquel le psychisme crée le délire n'a rien de commun avec une réalité émotionnelle ou un désir refoulé, mais il 'révèle' un nouveau monde qui tend à se substituer à la perception de la réalité psychique. Le patient construit l'événement délirant qui le concerne sur la même base sensorielle que sa perception de la réalité extérieure. La perception sensorielle qui donne lieu au délire vient heurter son psychisme et devient une expérience actuelle de réalité. Lorsque la mémoire psychotique clivée est réactivée, le délire se reproduit.

La disjonction de la réalité psychique

L'une des thèses avancées dans cette contribution consiste à montrer que la voie qui conduit au délire psychotique est déjà pavée des décennies avant que celui-ci se manifeste cliniquement. Ce point de vue avait été anticipé par Freud (1922, p. 93) : « et quand une telle affection éclate, nous tenons peut-être les idées délirantes extériorisées pour des néo-productions, alors qu'elles ont bien pu exister depuis longtemps »

Plusieurs analystes d'enfant ont en traitement des jeunes enfants qui sont déjà engagés sur la voie de la psychose. En général, l'attention des enseignants est attirée par ces enfants parce qu'ils ne parviennent pas à apprendre ou qu'ils présentent des troubles de relation avec les autres enfants ou avec les enseignants eux-mêmes. Ces enfants ne sont qu'apparemment en contact avec les autres, qu'il s'agisse d'adultes ou de jeunes de leur âge, mais ils ont une vie secrète qui se développe parallèlement à leur vie sociale. Ils se réfugient dans un retrait infantile, construisant une réalité sensorielle qui les amène à vivre dans un monde dissocié de la vie réelle et souvent peuplé de personnages fantasmatiques, et parfois obsédés en retour par les dessins animés de la télévision.

L'expérience de ces enfants n'a rien de commun avec le jeu, la fantasmatisation et l'expérience sensorielle normale des autres enfants de leur âge. Ils vivent dans un retrait fantasmatique. Il y a longtemps, Mélanie Klein avait décrit cet état mental de manière évocatrice :

« Il existe aussi des enfants qui vivent dans leurs fantasmes, et nous pouvons observer qu'ils doivent exclure toute réalité de leurs jeux afin de pouvoir maintenir leur univers fantasmatique. Ces enfants trouvent toute frustration insupportable parce qu'elle leur rappelle la réalité ; ils sont absolument incapables de se concentrer sur une occupation qui se rattache à la réalité. » (1930 p. 281)

Du fait qu'ils vivent constamment dans un monde sensoriel dissocié, ces enfants sont incapables de construire un appareil psychique qui se prête à la compréhension de la réalité psychique.

Le concept de retrait psychique est dû à John Steiner (1993) qui le décrit comme un lieu du psychisme dans lequel le patient se retire lorsqu'il est confronté à des émotions vécues comme intolérables. Steiner décrit des retraits de gravité variable, tous servent cependant à dénier la réalité et la dépendance envers des objets humains. Dans le cas de la psychose, il suggère que l'isolement du patient dans son retrait est secondaire à une catastrophe psychotique.

Selon mon hypothèse, l'entrée dans le retrait a lieu très précocement dans la vie d'un patient psychotique et le suit durant tout son développement jusqu'à ce que la maladie se déclenche. Le monde des sens reste pour longtemps clivé du monde réel et l'enfant peut habiter tantôt l'un tantôt l'autre. En d'autres termes, il utilise le retrait comme un lieu dans lequel il peut produire des perceptions sensorielles qui alimentent une vie dissociée, parallèle. L'activité de penser est remplacée par une production sensorielle auto-créée, dissociée.

Le retrait peut être également érigé comme une défense contre des expériences provenant d'un déficit d'affection maternelle ou contre une intrusion pathologique de la part de la mère, et celui-ci peut persister comme tel durant des périodes prolongées, sans aboutir finalement à une psychose.

O'Shaughnessy (1992) propose une excellente description de ce processus en établissant une distinction entre, d'une part, un enfant capable de surmonter et de modifier la frustration en utilisant les précurseurs de la pensée (par exemple en pleurant jusqu'à ce que la mère survienne pour le consoler) et, d'autre part, son homologue moins chanceux qui apprend à évacuer la frustration (et la réalité) au lieu d'essayer de la modifier. Si on le laisse seul pendant une période prolongée quelle qu'en soit la raison, le second enfant ne pleure pas mais reste silencieux et, s'il se trouve dans un jardin et qu'il observe les feuilles d'un arbre, il peut entrer dans un état pareil à une transe. Cette situation peut déclencher le début d'un retrait qui, via les canaux sensoriels, crée une réalité interne et externe plaisante qui prive l'enfant de la dépendance nécessaire au développement. De cette manière, un clivage s'installe entre la réalité sensorielle du retrait et celle du monde émotionnel et relationnel.

Le monde des sens reste clivé pour longtemps par rapport au monde réel et l'enfant peut habiter tantôt l'un tantôt l'autre. Comme on l'a vu plus haut, tandis que la construction psychopathologique du retrait peut également rester indéfiniment en état d'équilibre, dans certains cas il tend à s'étendre et à subjuguier le reste de la personnalité. Certains types de retrait, en particulier ceux qui conduisent au développement d'une psychose, ne privent pas seulement le patient du monde des relations humaines. Ils trouvent en plus le moyen de créer des mondes sensoriels (qui peuvent être sexualisés, grandioses ou persécutoires) possédant le caractère de néo-réalités. Ce type de structure psychopathologique correspond à la partie psychotique de la personnalité (Bion, 1957) dont le but est d'envahir et d'incorporer la partie saine. Plus le retrait tend à prédominer dans ce processus, plus grand sera le risque pour le patient d'être conquis par la psychose.

Le psychisme comme organe des sens

Lors de retrait, au lieu de fonctionner comme un organe de pensée capable d'alimenter la réalité psychique, le psychisme est utilisé comme un organe sensoriel. À un stade avancé du processus psychotique, cette distorsion de l'usage du psychisme donne lieu à des hallucinations qui proviennent de son usage sur un mode sensoriel.

Le problème devient manifeste cliniquement lorsque les constructions sensorielles édifiées au cours du retrait finissent par émerger et envahir la partie saine de la personnalité, après avoir été maintenues longtemps dissociées. C'est alors que le patient psychotique entre en observation psychiatrique, mais généralement on n'accorde pas suffisamment d'importance à l'ensemble du long processus préparatoire initié durant l'enfance, lors de l'édification du retrait. En insistant sur le rôle du retrait psychotique infantile dans le développement du délire, j'ai souligné son aspect primaire, génétique et progressif. Le processus délirant débute dans l'enfance au moment où un enfant commence par vivre dans des mondes différents, et c'est le monde dissocié de la réalité qui va le conduire à la psychose.

Meltzer a attiré l'attention sur la signification pathogène du retrait dans le développement du délire :

« Selon moi, nous ne devrions pas perdre de vue la possibilité préoccupante que ce processus tranquille et silencieux se présente chez chaque individu au cours de son développement et que, parallèlement au développement qui nous est familier, le système délirant puisse aussi se développer en silence. Cette possibilité est implicite dans l'hypothèse de Bion selon laquelle, parallèlement au développement de la pensée qu'il illustre schématiquement dans la Grille, il se pourrait qu'un système délirant se développe également (qu'il décrit dans la grille négative). » (1979, p. 42)

Ce monde « tranquille et silencieux » constitue une alternative au monde relationnel qui est le seul qui ouvre la porte à la croissance psychique et à la communication avec le monde en dehors de nous.

Ce n'est pas un hasard si Rosenfeld (1971) montre que ces patients se perçoivent comme s'ils vivaient dans un monde ou dans un objet qui les sépare complètement du monde extérieur. Le retrait délirant conduit à la conviction qu'on peut atteindre un plaisir complet dans des conditions d'anarchie totale ; pour cette raison, le noyau délirant finit par attirer les parties saines de la personnalité et par les convaincre de se distancer du monde des relations.

Le processus de construction du système délirant a été décrit dans le cas de Schreber, où Freud (1911) se focalise sur la manière dont un psychotique détruit son monde intérieur et en utilise les débris restants pour reconstruire un monde délirant dans lequel il peut vivre. Meltzer (1979, p. 41) note que ce monde est déconnecté du monde relationnel et, en tant que tel, on ne parvient pas à le situer dans un lieu spécifique. Schreber est convaincu que le monde entier a été détruit et croit qu'un autre monde a été construit par lui en opposition à Dieu. Plus tard il accepte qu'il existe également un monde externe, relationnel dans lequel il peut continuer à vivre et publier ses mémoires. Il vit simultanément dans deux mondes, le réel et le délirant.

Lorenzo

Je vais présenter maintenant quelques extraits tirés du traitement d'un patient psychotique que j'appellerai Lorenzo qui a été en analyse durant une dizaine d'années. Il avait commencé son traitement (4 séances par semaine) à l'âge de 28 ans après avoir présenté un état psychotique pendant plusieurs mois. Antérieurement au grave épisode qui l'avait conduit en analyse, il avait eu des crises de persécution brèves et épisodiques qui s'étaient résolues apparemment spontanément. Étant donné la gravité de l'état hallucinatoire et délirant, ce n'est qu'après plusieurs mois de séances face-à-face (le patient était également traité avec des médicaments) que le cadre analytique habituel a pu être installé dès que j'ai senti qu'un lien suffisamment solide avait pu s'établir entre nous.

Le patient est venu en analyse après une période de traitement psychiatrique durant lequel des médicaments lui avaient été prescrits (Halopéridol, 4 mg par jour). Pour cette raison, je n'ai pas eu besoin de l'adresser à un nouveau collègue psychiatre, démarche que je considère comme normale lorsque j'accepte un patient psychotique en traitement. Lorenzo a continué à prendre sa médication durant l'analyse, bien qu'à une très faible dose ; il a refusé d'y renoncer même dans les phases de relatif bien-être, en dépit de la recommandation de son psychiatre. Bien que je croie que les médicaments puissent être utiles, spécialement lorsque les symptômes sont particulièrement aigus, j'avais des doutes dans le cas de Lorenzo quant à un effet thérapeutique significatif de sa médication, compte tenu de la dose minimale prise par Lorenzo durant une très longue période. Par contre, il m'a semblé que les médicaments assumaient une fonction psychologique très importante : sans eux il se sentait très exposé. Manifestement, il voyait dans la médication un puissant allié qui jouait un rôle majeur en maintenant la psychose à distance.

Durant les premières années d'analyse, la tendance à interpréter la réalité en termes de délire était toujours présente. Enfermé comme il l'était dans une séquence terrifiante qui se révélait constamment à lui et le faisait craindre pour sa vie, Lorenzo semblait plongé dans un film dont il était devenu le protagoniste malgré lui. Le développement persécutoire avait été précédé par une autre phase dans laquelle le délire possédait un caractère mégalomane et grandiose.

Pendant l'analyse, l'impulsion à s'embarquer dans des délires persécutaires ne disparut jamais complètement et de nouvelles versions du même délire entraient en scène. Les protagonistes changeaient, ils étaient généralement des gens avec lesquels Lorenzo était entré en contact et qui, pour une raison ou pour une autre, lui paraissaient incompréhensibles ou antipathiques. À chaque occasion, je devais travailler avec ténacité avec lui pour déconstruire le délire et réinstaurer des moments de calme apparent.

Maintenant, il n'était plus immergé dans une atmosphère terrible et terrifiante qui lui rendait impossible de quitter la maison, sauf pour venir à l'analyse ; les 'intervalles de liberté' s'étaient notablement allongés et l'angoisse persécutrice - la peur d'être tué par une conspiration d'ennemis - avait diminué substantiellement, de sorte qu'il devint davantage capable de s'engager dans des relations.

Il commença également à travailler à temps partiel et décida de vivre avec une jeune fille qu'il avait rencontrée quelques années auparavant. Ils ont eu récemment un bébé. En dépit de toutes les attentes raisonnables et après des années de travail analytique, l'activité délirante est réapparue même aujourd'hui bien que, comme je l'ai dit, celle-ci soit mieux contenue et délimitée. Le patient reconnaît maintenant qu'il a eu un « délire » ; il en parle dans ses séances et réussit à s'extirper lui-même de ses filets.

Je vais maintenant aborder son expérience délirante la plus récente, celle centrée sur sa vie de famille, sur la femme avec laquelle il vit et qui lui a donné un enfant, et sur la famille de cette dernière.

Laissez-moi dire avant tout que la compagne du patient vient de la Sicile et qu'elle a de solides liens émotionnels avec ses frères et sœurs qui, comme elle-même, ont émigré à Milan il y a plusieurs années. C'est une famille très soudée. Lorenzo n'a jamais caché ses difficultés à gérer cette belle-famille qu'il ne comprend pas et avec qui il se sent inconfortable. Ils viennent d'un milieu social et culturel plus modeste que le sien et, jusqu'à présent, il n'a pas été en mesure de développer une relation empathique avec eux. Habituellement lorsqu'il se trouve dans un groupe, Lorenzo s'attend à être le centre de l'attention ; il désire être capable de faire l'éloge de ses propres activités et croit qu'il doit toujours se mettre à l'unisson de ses interlocuteurs. En partie pour des raisons culturelles ses attentes ont été frustrées par sa belle-famille qui se montre polie sur le plan formel, envers lui, mais avec qui manque un échange plus personnel, mieux partagé. Pour ces motifs, Lorenzo s'est toujours senti partiellement exclu ou ignoré dans ce groupe. Au cours des rencontres il reste habituellement passif ; il ne pose jamais de questions pour chercher à mieux connaître ces gens-là ni pour se faire une idée de leur vie et de leur personnalité. Cette belle-famille, perçue comme mystérieuse et lointaine, est finalement devenue le centre d'une terrible conspiration visant à lui faire du mal. Ils ont décidé de le tuer pour prendre possession de sa richesse (qui, en l'occurrence, est l'inexistence du fait que Lorenzo dépend de l'aide financière de ses parents fortunés) et - ce qu'il trouve particulièrement troublant - sa compagne travaille la main dans la main avec ses frères.

Lorenzo est convaincu que sa compagne participe à la conspiration ; il l'avait surprise souriant étrangement et disant au téléphone que le temps était venu de faire une certaine chose. De plus, le soir précédent, il avait entendu son beau-frère (un travailleur dans l'ingénierie, dédié à son travail) disant à un neveu caché derrière son dos qu'il allait s'acheter une nouvelle voiture lorsque... lorsque le moment serait venu... ce soir-là il avait essayé de s'en ouvrir auprès de sa belle-famille lorsqu'ils lui avaient rendu visite ; il avait fait un effort pour être poli avec eux, mais alors toute la structure s'est effondrée et il a été submergé par une hallucination délirante.

Il me raconte qu'il ne peut pas dormir la nuit ; il a peur d'être tué et, à la manière d'un entomologiste, il scrute le visage de sa compagne pour essayer de découvrir si elle est une meurtrière ou une bonne mère qui s'occupe de son enfant avec compétence.

À l'acmé de son angoisse, il me demande si je peux lui consacrer une séance avant le week-end. J'accepte. L'interruption de Pâques est imminente ; je suis en souci pour lui et j'espère qu'avec une séance supplémentaire je serai capable de l'aider à émerger de cette situation génératrice d'angoisse. Cette fois cependant, je doute de pouvoir y arriver. Durant ces dernières années, j'ai souvent analysé la dynamique du délire mais, arrivé à ce point, je sens que les ressources nécessaires me font complètement défaut.

À part la surprise désagréable qu'il a induite en moi et la terreur qui le submerge, le délire de Lorenzo a toujours reproduit le même schéma. Il s'agit d'un personnage ou de plusieurs personnages masculins antipathiques qu'il ne comprend pas, qui paraissent extrêmement puissants et capables de faire de lui ce qu'ils veulent. Les femmes jouent habituellement un rôle secondaire dans la conspiration parce qu'elles ont été séduites par les hommes.

Cette fois-ci, c'est au tour de la famille de sa compagne - les Siciliens - d'être si solidement unis dans leurs intentions qu'ils forment un clan. À la consternation de Lorenzo, ils incluent des personnages très puissants (un avocat et un médecin légiste pathologue!).

Compte tenu du fait que Lorenzo est incapable de distinguer le délire de la réalité et d'en avoir une perception correcte, je me demande, en l'écoutant, comment je pourrais l'aider à les différencier. Après réflexion, je propose la remarque suivante : dans son monde délirant, il n'y a pas de lien émotionnel qui relie les gens entre eux de sorte que la vie apparaît comme une jungle dirigée par le pouvoir et la cupidité (c'est ainsi qu'il décrit ses persécuteurs). Sans la présence d'un tissu

émotionnel reliant les gens ensemble, lui dis-je, les pensées ne sont plus contenues à l'échelle humaine et deviennent ingouvernables, comme des chevaux fous. D'un autre côté et contrairement à son homologue délirant, le monde réel renferme de la solidarité et des affects.

Je lui dis que, lorsqu'il parle de sa partenaire qui s'occupe de l'enfant, son esprit est habité par un monde émotionnel réel ; cependant, selon lui, sa partenaire appartient aussi à un autre monde qu'il perçoit comme réel, mais dans lequel tous les sentiments humains sont bannis. Lorsqu'il amène sa partenaire à pénétrer dans ce monde, il la transforme en une meurtrière avide, assoiffée d'argent. La conscience de la différence entre le monde réel, humain et le monde délirant, inhumain devrait l'aider à établir une distinction entre la réalité de sa vie et le délire. J'ajoute qu'il oscille constamment entre un monde et l'autre, de sorte que les deux perceptions opposées et incompatibles, qui devraient s'annuler l'une l'autre, semblent capables de coexister - notamment la partenaire meurtrière et la bonne mère.

Je ne sais pas si le patient a été capable d'utiliser mes tentatives de distinguer le délire et la réalité ; mais à la séance suivante il m'a dit que, pendant la nuit il avait quitté le lit où il dormait seul et il était retourné dans le lit de sa partenaire pour dormir avec elle et le bébé à leurs côtés, de manière à ressentir un peu de chaleur humaine.

Au cours des séances suivantes, je suis revenu sur un point qui m'a toujours semblé d'une grande importance : l'existence simultanée de deux réalités incompatibles. Pendant les autres épisodes délirants également, j'avais insisté sur ce point avec Lorenzo, mais cette fois-ci j'y suis revenu d'une manière plus résolue. Par le passé, l'expérience persécutrice diminuait toujours progressivement pour laisser place à d'autres expériences qui occupaient l'espace analytique, tandis que s'estompait la signification du délire qui était pourtant notre sujet d'observation et de discussion. Au cours de l'une de ces séances, Lorenzo déclara réaliser qu'il possède une vision *bi-oculaire* de la réalité. Je relève la grande précision de sa déclaration : il ne dit pas qu'il a une vision binoculaire parce que sa vision manque d'intégration, comme ce serait le cas si les deux visions se rencontraient et se comparaient l'une l'autre. Dans ce cas, les deux visions, l'une délirante et l'autre réelle, restent distinctes et différenciées l'une de l'autre parce que toutes deux possèdent le même caractère perceptif, celui de la réalité.

Plus tard, nous avons réussi à identifier les étapes qui montrent la manière dont le délire ce construit. Lorenzo est généralement déconcerté lorsqu'il se trouve en présence d'autrui, de sorte qu'il est prédisposé à percevoir les gens qu'il ne comprend pas comme lointains et potentiellement dangereux. Dans le cas de sa belle-famille sicilienne, il existe en fait une différence d'histoire, de coutumes et de mentalités. Cependant, ce n'est pas tout. Avant que le délire ne s'établisse et prenne possession de lui, Lorenzo a dévalorisé inconsciemment les membres de la famille de sa compagne qui sont devenus ultérieurement ses persécuteurs. Arborant une attitude de supériorité narcissique, il les a regardés comme étant insuffisants, démunis et envieux. C'est la raison pour laquelle il les considérait comme des gens avides désirant le dépouiller de sa richesse et le faire dégringoler de sa position privilégiée.

Une caractéristique constante de sa construction délirante tient à ce que, dans ce monde dans lequel le méchant étend son emprise, il n'existe pas d'instance protectrice, telle que la police, pour protéger les faibles de l'oppression de la violence. Dans son monde psychique il n'y a pas de place pour une fonction parentale qui ordonne ; cela tient sans doute à l'absence psychologique et émotionnelle des parents qui, dans le cas de Lorenzo, le laissent dans son état omnipotent de retrait infantile pour des périodes prolongées.

À plusieurs occasions au cours de l'analyse, je suis parvenu avec Lorenzo à reconstruire le cours du délire et à en reconnaître les éléments constitutifs, mais ce travail n'a jamais réussi à éliminer

sa tendance à réapparaître comme si celui-ci laissait une trace, une marque indélébile, qui causait son retour. Avec Lorenzo j'ai constamment constaté que le délire ne peut pas être éradiqué, mais au contraire qu'il s'enkyste sous la peau et reste présent parallèlement à la réalité psychique. Même lorsque la partie saine parvient graduellement à prendre le dessus, l'expérience délirante reste un « fait réel » qui ne peut pas être oublié, contrairement au rêve qui peut être oublié lorsqu'on a compris sa signification. En d'autres termes, l'expérience délirante persiste comme une autre réalité possible ou potentielle, même si elle n'est plus à l'avant-scène.

Au cours de ces séances, Lorenzo m'est apparu davantage résolu à lutter pour échapper au délire. Il me dit que lorsqu'il est avec moi, il réalise que c'est comme si c'était quelque chose d' « inventé dans son esprit » mais, dès qu'il sort de la séance, la psychose prend une fois de plus possession de lui avec force et il est de nouveau persuadé de la réalité de la persécution. La voix délirante le convainc que sa vision est supérieure à la mienne, c'est-à-dire qu'il voit les choses comme elles sont et que sa vision est plus vive que celle des autres. La même voix lui suggère parfois que moi, l'analyste, j'ai l'intention de détruire sa conviction parce que je suis de mèche avec ses ennemis, de sorte qu'ils pourront le tuer plus facilement.

Quelques semaines après les séances que je viens de décrire, Lorenzo manque une séance – ce qui est vraiment inhabituel chez lui. Lorsqu'il revient, il s'excuse de son absence en disant qu'il a vraiment oublié de venir le jour prévu. Il note que c'est bizarre parce que les heures de séance sont restées toujours les mêmes au fil des années et il ne peut imaginer comment il pourrait les avoir oubliées. Il se souvient que le jour précédent il était si absorbé dans son travail que le reste du monde, y compris son analyse, avait simplement disparu. Il me dit que cette auto-isolation est très semblable à la manière dont survient le délire. Il ajoute que, dans cette situation son esprit fonctionne en mode « *mono-tâche* » et non plus en mode « *multi-tâches* » (ses propres mots) ; c'est comme si son espace mental devenait confiné et qu'il était enfermé dans un esprit « chambre individuelle » dans laquelle il n'y a pas la possibilité de communiquer avec le reste du monde ni avec lui-même. Lorsqu'il se trouve en état délirant, son esprit est incapable d'accepter d'autres pensées précisément du fait de son auto-isolation, alors les pensées délirantes reviennent spontanément et n'ont pas de fin. En d'autres termes, le délire est comme un maelström, une sorte de trou noir qui aspire en lui toutes les autres activités mentales et les efface.

Retour du délire

Au cours du traitement de patients psychotiques, il n'est pas inhabituel que la même configuration délirante réapparaisse par intervalles, alors que le patient semble en avoir été délivré. Le délire change, les protagonistes diffèrent, mais la structure du délire lui-même reste identique. Par exemple, dans le cas d'un délire de persécution, la configuration délirante reste inchangée, tandis que les persécuteurs peuvent varier avec le temps ; de même dans un délire amoureux ou dans un délire sexuel, l'amant présumé peut changer d'un épisode à l'autre.

Lorsque le délire entraîne un état de plaisir exalté, comme dans les délires érotomanes, l'état de plaisir ainsi vécu persiste dans la mémoire comme un état de vitalité dont on se souvient longtemps et pour cette raison celui-ci reste potentiellement capable d'attirer le patient dans ses griffes.

Le fait qu'un délire de persécution dans lequel le patient craint pour sa vie puisse constituer une expérience traumatique authentique peut également expliquer pourquoi le délire resurgit. Dans ce cas, l'expérience psychotique ne peut pas être immédiatement transformée, non seulement en raison de sa qualité sensorielle, mais aussi à cause de sa nature traumatique. Une fois surmonté, le délire se dissocie, de même qu'un traumatisme, et persiste comme quelque chose qui n'a pas été élaboré et ne peut pas être 'oublié'.

L'extrait suivant illustre la manière dont le délire de Lorenzo reste enkysté dans son psychisme et peut soudain réémerger, même à travers une association due apparemment au hasard. Lorsqu'il rencontra sa compagne actuelle, Lorenzo décida d'acquérir un lit à une place en plus du sien propre, de sorte qu'il pouvait dormir avec elle dans la même chambre. Pour cela il se rendit dans un magasin où un vendeur lui proposa un lit et un matelas à un prix décent, raisonnable. Lorenzo fut soudain envahi d'angoisse par cette offre ; il se méfia du vendeur et pensa qu'il faisait partie d'une conspiration pour le tuer (à cette époque il avait différents persécuteurs - mais pas la famille sicilienne).

Qu'arriva-t-il ? Quelle a pu être la connexion qui a réveillé le délire de persécution et a transformé l'offre amicale du vendeur en une menace de mort ? Pour un observateur extérieur, la connexion entre l'offre du matelas et la menace persécutrice ne pouvait être comprise immédiatement et, si l'on avait interrogé le patient, il aurait lui-même trouvé difficile de l'expliquer. En me souvenant de notre travail avec ses expériences délirantes antérieures, j'ai pu clairement discerner la connexion entre le matelas, le vendeur et la persécution. Je l'ai vu de nouveau se réveiller la nuit, saisi par les griffes de la terreur sous l'emprise maléfique de ses persécuteurs. Il était certain que l'éclat provenant du matelas était la preuve manifeste que ses ennemis avaient caché du matériel radioactif à l'intérieur. Lorsque le vendeur avait proposé un matelas à un prix raisonnable, Lorenzo l'a regardé tout à coup comme un émissaire de ses ennemis qui espéraient le tuer en lui faisant faire un achat préparé dans ce but. Ce fut seulement mes associations liées au développement de l'expérience délirante antérieure qui m'ont aidé à contenir sa résurgence.

Dans ce cas, le souvenir psychotique qui alimente le délire semble pareil à un corps étranger, à un coin ou à un fragment radioactif enfoncé préalablement dans le psychisme du patient et capable de contaminer son monde. Ainsi l'expérience délirante fait rapidement retour sur la base d'associations : ici, un mot devient un fait concret et c'est le mot 'matelas' qui déclenche le délire. Ce qui revient et envahit le psychisme du patient n'est pas une pensée mais une vision, une expérience sensorielle, une séquence d'images visuelles gravées dans sa mémoire psychotique.

Freud suggère que, dans la psychose, les mots s'introduisent dans le processus primaire :

« Dans la schizophrénie les mots sont soumis au même processus qui, à partir des pensées latentes du rêve, produit les images du rêve et que nous vous avons appelé le processus psychique primaire » (1915a, p. 113).

Il ajoute:

« Ces efforts tendent à récupérer les objets perdus et il se peut bien que dans cette intention de l'objet de mon ils prennent le chemin de l'objet en passant par l'élément mot de celui-ci, ce qui les amène alors à devoir se contenter des mots à la place des choses » (ibid., p. 120)

Quelques remarques sur le transfert et le contre-transfert

Lors du traitement des patients psychotiques, mon approche consiste à évaluer constamment la force et le pouvoir de la partie psychotique par rapport à sa domination sur le psychisme du patient ; il en est ainsi avec Lorenzo. Le but est de renforcer progressivement la partie saine du patient et de consolider sa relation thérapeutique avec moi. Avant même d'accepter un patient en traitement, je considère très important de reconstruire non seulement son histoire personnelle, mais également celle de sa maladie psychotique. Je suis convaincu en effet que le processus psychotique qui s'est

manifesté dans le passé va réémerger au cours de l'analyse, par ce qu'il cherche à être transformé. C'est pourquoi, selon moi, il est de toute importance de s'attacher à reconstruire simultanément l'histoire de l'enfance du patient et la forme de l'épisode psychotique déclencheur initial.

Le transfert de Lorenzo présente deux principaux aspects, le premier est persécuteur et le second est narcissique et grandiose. Au cours des premiers stades de son traitement, le patient se montrait prudent et méfiant envers moi. Il ne parlait jamais de lui-même et cachait même des informations en apparence les plus banales. Par exemple, il ne révélait ni la situation de la maison de son père, ni le lieu où il avait passé ses vacances, comme s'il considérait que j'étais un membre de la bande de ses persécuteurs. Une fois, cette attitude a donné lieu à ce qui fut, en dernières intentions, un transfert psychotique. Un jour où il m'avait aperçu dans la rue immédiatement après une séance, il fut envahi de terreur à la pensée que je venais juste de le trahir auprès de ses ennemis. À la séance suivante, il m'en fit le récit dans un état d'angoisse aiguë et me déclara qu'il avait pensé que je l'avais trahi en réponse aux menaces reçues de quelqu'un qui voulait le tuer ou parce que j'avais accepté un pot-de-vin substantiel. Dans mon contre-transfert, j'étais conscient d'être très en souci à la pensée que si mon incorporation dans le délire devait perdurer, il ne me serait plus possible d'exercer ma fonction d'analyste. Je craignais également que le traitement ne soit interrompu.

Au cours de la seconde phase de l'analyse, le transfert a pris un caractère grandiose et omnipotent. Il s'agissait de la répétition de la relation infantile de Lorenzo avec son père : depuis sa tendre enfance, il avait vécu dans un monde omnipotent qui impliquait une puissante identification narcissique rivalisant avec ce parent. La projection de ces aspects narcissiques et omnipotents avait fait de moi un parent grandiose qu'il devait imiter et avec qui il devait entrer en compétition.

Après avoir émergé du transfert persécuteur grâce au travail de l'analyse, Lorenzo commença à comprendre l'importance des émotions (ce qu'il avait toujours dénié en ce qui le concerne) et il décida d'écrire un livre sur le sujet. Pendant les séances, il m'apporta des chapitres à lire et m'annonça qu'il s'était inscrit à un cours de psychologie. Il avait l'intention d'obtenir un diplôme dans ce domaine bien qu'il fût déjà diplômé en ingénierie. Comme on pouvait s'y attendre, le patient renonça à ce cours après seulement deux examens. Dans mon contre-transfert, je ne me sentais pas très gêné par son transfert d'imitation grandiose parce que je m'apercevais que c'était aussi une tentative pour lui de se distancer de l'état d'impuissance et de désespoir lié à la crise psychotique.

Mon contre-transfert par rapport à Lorenzo reste généralement stable et libéré de toute perturbation subjective. Le patient est très vivant, présent à l'intérieur de moi et je comprends à un niveau profond à quel point il est difficile pour lui d'émerger de sa psychose. Son attirance pour la psychose est attribuable en partie à sa difficulté de vivre l'expérience d'une authentique relation de dépendance envers moi. Il se voit comme étant plus intelligent que moi et il considère son opinion sur la vie supérieure à la mienne. Sa conviction qu'il en est ainsi a persisté même dans les moments où il était le plus perturbé, enfermé qu'il était dans l'hallucination et le délire. Au cours d'une séance de sa quatrième ou cinquième année d'analyse, je lui ai fait remarquer qu'au début de son traitement il était si paralysé par l'angoisse qu'il avait besoin d'un certain temps pour parvenir à signer un chèque ; mais Lorenzo répliqua que ce n'était pas dû à l'angoisse : lorsqu'il essayait de signer le chèque, il entendait une voix lui suggérer que c'était moi, l'analyste, qui devrait le payer lui, parce qu'il était beaucoup plus intelligent que moi.

Même actuellement, lorsqu'il est envahi par une voix délirante après une séance, Lorenzo est persuadé que sa vision de la réalité est supérieure à la mienne. Il trouve difficile de mettre en question sa construction délirante ou d'en être angossé. L'angoisse est généralement projetée sur moi - de sorte que c'est moi qui me sens préoccupé par lui dans mon contre-transfert.

En ce qui concerne la technique, il est certes nécessaire de se tenir proche du patient psychotique, mais l'analyste doit aussi conserver une distance utile par rapport à lui dans le but de comprendre comment fonctionne son psychisme. Le plus grand risque en analyse vient de ce que la partie psychotique peut coloniser complètement la partie saine du psychisme du patient ou qu'un transfert psychotique dangereux se fasse jour.

Bien que je ne puisse m'attarder ici sur la question complexe du transfert et du contre-transfert dans le traitement des patients psychotiques, je suis convaincu que la technique à appliquer avec eux est différente de celle qui convient à leurs homologues névrotiques.

À ce propos, Rosenfeld (1987) va jusqu'à affirmer que les analystes devraient complètement réapprendre comment traiter un patient psychotique, compte tenu du fait que ce qu'ils ont appris sur le traitement des patients « normaux » est inapplicable à celui des psychotiques. Pour le traitement des patients psychotiques, les analystes devraient envisager l'acquisition de nouveaux instruments thérapeutiques au moyen d'une formation spécifique.

Selon mon point de vue, alors que le cadre formel reste inchangé, la différence réside dans le choix que fait le psychanalyste de l'endroit du processus psychotique sur lequel il veut mettre l'accent. C'est en particulier le cas au cours de la première période du traitement, cela peut durer.

Les vicissitudes du transfert jouent un rôle essentiel dans le traitement des patients névrotiques parce qu'elles sont les seules à ouvrir la voie aux interprétations mutatives. En même temps, la relation avec le nouvel objet-analyste permet l'introjection d'expériences contenantantes et structurantes. Avec un patient psychotique, nous sommes dans un domaine situé au-delà de la névrose. Le transfert présuppose un minimum de capacité de symboliser de la part du patient puisque l'image de l'analyste va symboliser, par exemple, l'image du père. En raison du manque d'un monde symbolique et émotionnel, le cours du traitement d'un patient psychotique est plus complexe et diffère de celui d'un patient névrotique. Les patients psychotiques n'ont souvent aucun souvenir du passé ou le rapportent sous une forme déformée ou romancée.

Au cours du traitement d'un patient psychotique, le fait de se concentrer sur le transfert - interprété lorsqu'il émerge - ou sur le contre-transfert - utilisé comme un instrument de compréhension - s'accompagne du risque de sous-estimer la puissance de la partie psychotique qui opère silencieusement à l'intérieur du patient. En pareil cas, il est essentiel de décrire la fonction pathogène des fantasmes au moment adéquat, avec tact, discrétion et en la reliant à la partie psychotique clivée ; le but consiste à empêcher si possible que la partie saine du patient, sur laquelle l'analyse fonde sa relation thérapeutique, soit envahie par une attaque psychotique aiguë. Du fait que de tels patients gardent secrète leur tendance à succomber au délire, le thérapeute est souvent amené à entrer en collusion avec leurs communications conscientes et risque ensuite d'être incapable d'établir un contact avec les aspects destructeurs, radicalement clivés.

Chez un patient psychotique, le transfert se manifeste et devient le plus utilisable lorsque le risque de tomber dans la psychose reste à l'arrière-plan et que le fonctionnement qui prédomine est de nature névrotique.

L'activité délirante se produit en général à l'insu de l'analyste et devient par conséquent plus dangereuse. Bien que Lorenzo apporte son délire dans l'analyse lorsqu'il en est submergé, il éprouve encore une difficulté à communiquer en temps opportun les fragments délirants qui se présentent d'eux-mêmes à son esprit et se rassemblent à la manière d'une mosaïque.

Une autre tâche importante et spécifique du traitement de la psychose consiste à aider le patient à surmonter la confusion entre ses parties saines et ses parties malades. Le délire peut procurer au

patient les délices d'une réalité plaisante ; il peut convaincre celui-ci qu'il est une personne unique aux qualités exceptionnelles ; et il peut procurer également des illusions ou des gratifications sensorielles ; pour toutes ces raisons, le délire est non seulement jugé utile mais aussi indispensable. La partie saine (ou névrotique) est alors dépréciée et dévalorisée comme si elle apportait uniquement impuissance et angoisse. En effet, il est important de noter que chez un patient psychotique il existe une *inversion* de la signification des différentes parties de la personnalité. Plutôt que d'être considérée comme dangereuse pour le psychisme, la partie malade se présente au patient comme une source de bien-être et de puissance.

La disjonction et la réalité dédoublée

Lors du retrait délirant, comme j'ai tenté de le montrer dans le cas de Lorenzo, le monde des sens et des fantasmes se présente comme une autre réalité qui ne rencontre jamais la réalité psychique ni l'expérience relationnelle. Par conséquent ces deux visions, respectivement le retrait sensoriel et le retrait de la réalité psychique, ne peuvent s'intégrer et produire un insight bien qu'elles coexistent côte à côte. Le caractère dissocié de l'expérience délirante vient selon moi de ce que le délire est l'héritier du retrait infantile, dont la caractéristique est de se présenter lui-même comme une réalité alternative (dissociée) par rapport à l'expérience psychotique.

Le terme « dissociation » ne correspond pas dans ce cas à un clivage vertical au sein du self, dans lequel une partie de la personnalité n'est pas consciente de l'existence de l'autre. Dans le retrait délirant, le patient a 'connaissance' des deux expériences, mais les deux mondes sont séparés l'un de l'autre et ne communiquent pas : le patient peut habiter l'un et l'autre à différents moments.

Pour utiliser la métaphore de Lorenzo, sa vision est divisée en deux ; elle est bi-oculaire. Avec un œil, Lorenzo peut vivre dans le monde du retrait, tandis qu'avec l'autre il peut de nouveau percevoir la réalité. Comme les deux visions ne se rencontrent pas, il échoue à acquérir une vision binoculaire qui pourrait l'aider à comprendre la nature falsifiée du délire. C'est comme si son psychisme créait un délire en utilisant les mêmes canaux et structures sensorielles que ceux qui construisent la perception de la réalité psychique. Le délire et la réalité psychique, construits au sein des circuits identiques, assument alternativement chacune des positions de l'autre sans avoir la possibilité de se rencontrer ou d'entrer en contradiction.

Finalement, le principe de non-contradiction cesse de s'appliquer au délire. Dans la logique classique, toute proposition stipulant que la proposition A et sa négation - la proposition non-A, sont toutes les deux de vraies en même temps et sont fausses de la même manière. Les logiciens nomment cette conséquence le *principe d'explosion*. Pour cette raison, la distinction entre vérité, réalité, improbabilité, probabilité, possibilité et impossibilité est perdue dans le système délirant, déclenchant en conséquence un mécanisme omnipotent et explosif qui ne connaît aucun lien et se trouve irrépressible. En fait, avec la perte des notions de temps, de place, de séparation et d'identité, l'absurde devient possible et réel, avec un potentiel infini de progression.

Un exemple unique de « réalité dédoublée » du processus psychotique a été rapporté par Mark Solms au sujet d'une patiente dont le bras gauche avait été paralysé par une attaque¹. Solms tenta à plusieurs reprises de faire en sorte que la patiente reconnaisse que son bras gauche était paralysé, mais la patiente le dénia. Même lorsqu'elle paraissait être capable d'accepter la réalité, la minute suivante elle répétait son déni de la paralysie. Lorsque Solms lui montra de nouveau la différence de mobilité entre son bras droit et son bras gauche, la patiente répliqua qu'elle ne souhaitait pas qu'on

1 Une transcription de la vidéo de cet interview par Mark Solms se trouve dans Oppenheim (2013, p. 3)

la voit comme une malade et que « avec les *yeux de son esprit* elle voyait bouger son bras, tandis qu'avec ses *yeux physiques* elle voyait que son bras ne s'élevait pas comme il devrait » (Oppenheim, 2013, p. 5). Dans ce cas, il est clair que l'image interne du bras en mouvement est aussi *réelle* que la perception physique, et que les deux perceptions peuvent coexister sans contradiction l'une par rapport à l'autre.

On trouve un exemple similaire avec le cas de Lorenzo. Au temps où il se sentait horriblement persécuté par ses terribles ennemis, il me parlait constamment de leurs machinations meurtrières contre lui. Ils corrompaient les employés d'un bar pour qu'ils empoisonnent les boissons de leurs clients, ils offraient de larges sommes d'argent au concierge pour empoisonner l'eau de son appartement, ils faisaient sans cesse irruption dans sa maison et y installaient du matériel radioactif, etc. À un moment donné, il me déclara que sa maison était pleine de produits chimiques et de caméras vidéo qui dirigeaient ses moindres mouvements. Le patient était manifestement halluciné et il était impossible de démontrer la nature concrète de sa vérité. Finalement, je lui demandai de m'apporter l'une de ces caméras vidéo de sorte que je puisse la voir. Il répondit que c'était impossible. Je lui demandai pourquoi, et il répliqua que c'était parce qu'elles étaient infiniment minuscules et presque invisibles. Je lui demandai alors comment il parvenait à les voir puisqu'un observateur extérieur comme moi en était incapable. Il répliqua « Eh bien, je les vois avec *les yeux de l'esprit* ».

Réalité psychique et réalité sensorielle

Le terme 'réalité psychique' a été utilisé en psychanalyse pour décrire l'expérience subjective d'un individu qu'elle soit consciente ou inconsciente. La réalité psychique est faite de fantasmes, de convictions conscientes ou inconscientes et de sentiments positifs ou négatifs qui nous relient avec les gens ainsi qu'avec l'immense bagage que les expériences de la vie ont laissé derrière elles. Comme dit précédemment, Freud (1900) utilisait ce terme en incluant également la conviction - pas véridiques, mais réelles - de ses patientes hystériques qui se plaignaient d'avoir été abusées sexuellement durant leur enfance. De cette manière, il soulignait que la réalité psychique - c'est-à-dire la conviction personnelle - était différente de la réalité factuelle. Bien que pas véridiques, les souvenirs d'abus provenant des patientes hystériques sont néanmoins réels pour ces dernières.

Dans l'état mental de la psychose, on a relevé à juste titre que la distinction entre la réalité interne et la réalité externe était perdue. Le mécanisme de l'identification projective décrit par Melanie Klein (1946) entraîne une confusion entre les productions internes du psychisme et le monde extérieur. Cependant, à côté de cette caractéristique importante, il est essentiel selon moi d'attirer l'attention sur la nature éminemment sensorielle du délire.

Comme j'ai tenté de le montrer plus haut, le délire se caractérise non seulement par une confusion entre l'extérieur et l'intérieur, mais aussi par le fait qu'il se présente lui-même comme *quelque chose de concret* qui se fixe dans la mémoire d'une manière radicale et potentiellement irréductible. Le psychisme ne peut pas se débarrasser facilement du délire ou le transformer par suite de son caractère éminemment sensoriel et conscient. Même après un intervalle de plusieurs semaines, Lorenzo est incapable d'oublier le caractère de réalité attaché à sa peur d'être tué. S'il avait seulement rêvé qu'il risquait d'être tué, il aurait été capable de transformer l'angoisse en une pensée et de comprendre qu'un rêve représentait, par exemple, un conflit inconscient avec la famille de sa compagne. Ainsi, sa peur aurait pu être contenue et comprise comme une construction fantasmatique. Mais malheureusement son délire correspondait à une construction sensorielle dans la réalité et à l'état de veille (il entendait et voyait les conspirateurs), et il ne s'agissait pas de l'équivalent d'une représentation onirique susceptible d'être élaborée et comprise au niveau symbolique.

Normalement, les perceptions sont transformées en représentations et en symboles. Par contre, chez un patient psychotique, la perception créée dans le fantasme devient une sensation. Pour cette raison, elle n'est pas seulement réelle, mais aussi véridique - c'est-à-dire non convertible. Elle prend la forme d'une réalité des sens qui ne peut être remise en question - une réalité qui possède la même solidité et la même qualité de réalité pareille à celle qu'elle possède à l'intérieur de nous, en tant que représentation du monde extérieur. Alors qu'un rêve est une représentation (de pensées, d'émotions, de problèmes ou de conflit), un délire est purement sensoriel et ne permet pas l'accès à la représentation et à la symbolisation. Il est composé d'équations symboliques (Segal, 1957) et non de symboles.

Comme dit précédemment, le délire apparaît au sein d'un état mental altéré, dans lequel une pensée est transformée en perception sensorielle. Selon moi, c'est ce que Bion entend par inversion de la fonction alpha. Dans le délire, une pensée qui, dans les circonstances normales, amène un contenu idéationnel ou représentationnel, est transformée sans que le patient en soit conscient en éléments bêta - c'est-à-dire en éléments purement sensoriels (' je vois avec des yeux de l'esprit') : le délire tire avantage de la capacité du psychisme psychotique de rendre une pensée *sensorielle*. Ce processus doit être constamment décrit à l'intention du patient de manière à ce qu'il devienne progressivement davantage conscient de la manière dont il utilise son psychisme et construit le délire. Pendant l'expérience délirante, le patient ne pense pas, mais il voit et entend. Dans le matériel analytique rapporté ici, Lorenzo pense, d'un côté, que son amie est une mère affectueuse et une bonne compagne, tandis que, d'un autre côté, il *voit* qu'elle arbore un sourire sinistre sur son visage et il *entend* son frère disant à son neveu qu'il a l'intention de tuer Lorenzo.

Le délire n'est pas un produit de l'inconscient comme le rêve. Dans le délire, le psychisme est utilisé comme un organe des sens qui produit des perceptions concrètes qui se présente à la conscience du patient comme si elles étaient réelles. Le sujet délirant est conscient du contenu du délire mais inconscient du processus de falsification.

Le délire parle au sens et non à l'esprit, il ne peut être refoulé mais seulement clivé ; il est oublié en apparence parce que l'expérience sensorielle concrète ne peut pas être traitée comme un fantasme ou une pensée pouvant entrer dans le travail de rêve. Selon le point de vue de Bion (1992) sur les rêves en tant qu'activité qui prépare et développe une pensée, le délire ne peut pas entrer dans le travail de rêve et produire une expérience psychique transformante, parce qu'il correspond à une non-pensée - c'est-à-dire qu'il est l'opposé d'une pensée.

De plus, le délire ne se présente pas à l'esprit du patient comme une structure bien organisée qui surgit soudain. En fait, il procède par petites étapes. Dans le cas de Lorenzo, le délire de persécution par la famille de sa compagne provient de petits flashes ou d'impressions momentanées confinées à l'attitude de certains membres du groupe, à un commentaire entendu par hasard ou à l'absence d'un sourire ou d'une salutation. Il se sent marginalisé par sa compagne qui entretient des relations rapprochées avec les membres de sa famille ; de là sa rage et la transformation de ces derniers en bandits sans scrupules. Tous ces minuscules moments d'interprétation et de délire persistent dans son esprit sans aucune conscience critique et fusionnent en formant un tout apparemment cohérent, comme des fragments qui s'unissent pour former une mosaïque. Lorenzo commence ensuite à voir et à écouter avec les yeux et les oreilles de son esprit, et ses perceptions hallucinatoires confirment l'existence d'une conspiration contre lui.

Conclusion

J'espère que mes investigations sur le caractère de l'expérience délirante vont faciliter la compréhension du pourquoi cette expérience est si difficile à transformer. Le délire se présente en effet avec le caractère d'une 'disjonction' ou d'un 'corps étranger' qui tend à le rendre non digestible.

Alors qu'il est hors de propos dans cette contribution de discuter le détail de la complexité du traitement psychanalytique de la psychose, j'aimerais souligner que le premier objectif à rechercher est d'aider le patient à devenir conscient de la manière dont la partie psychotique de la personnalité le séduit et lui fait miroiter des bénéfiques trompeurs qui le déconnectent de la réalité psychique. Il est nécessaire de découvrir ensemble avec le patient comment celui-ci pave la voie de la construction du délire, y accédant d'abord à travers une réalité grandiose pour se sentir ensuite persécuté.

Quel est alors le résultat du délire ? En termes de possibilités de transformation, le délire n'est pas très différent selon moi d'autres structures psychopathologiques qui règnent sur le psychisme de patients gravement malades. Même après des années de travail analytique, les structures pathologiques (qu'on pourrait estimer semblables à une construction délirante inconsciente, même si elles ne le sont pas cliniquement) ne sont pas destinées à disparaître complètement. Au cours du traitement analytique, le patient développe une capacité de penser, de comprendre et de gérer la réalité psychique ainsi que le domaine des émotions. L'analyse aide le patient à établir une distinction entre ce qui est utile pour son développement mental et ce qui produit de l'excitation mais devient dangereux et pathologique. De cette manière, on assiste à une diminution de l'hégémonie de la construction psychopathologique dans le psychisme. Chez les patients qui sont gravement malades, selon moi, nous ne devrions jamais parvenir à éliminer une fois pour toutes le potentiel pathogénique de la construction psychopathologique qui a régné durant si longtemps, mais le contenir et reconnaître sa dangerosité potentielle.

Je vais illustrer cela par un exemple d'un patient âgé de 30 ans gravement malades qui s'est mis en retrait depuis son enfance dans un monde de fantasmes sexuels, pornographiques et pervers. Devenu adulte, il présentait de graves symptômes sadomasochistes. Après bien des années d'analyse, il s'avéra possible de terminer le traitement. Un an et demi après la dernière séance, il demanda de me revoir. À cette occasion il m'a rassuré sur son bien-être mental et s'est souvenu d'importantes étapes de sa thérapie. Cette entrevue a été significative sur le plan émotionnel pour nous deux. Pendant la discussion, j'avais noté qu'il était davantage soigné que durant les années de thérapie et qu'il avait perdu du poids. À la fin de notre entrevue, je lui dis que son apparence m'avait semblé améliorée et je lui ai demandé comment il était parvenu à perdre du poids. Il me répondit « Eh bien, voyez-vous docteur, c'est un peu ce qui se passe avec la pornographie. Si je ne regarde pas la nourriture, mon avidité ne se déclenche pas. Et si je ne démarre pas mon ordinateur et que je ne visite pas des sites pornographiques, je ne suis pas séduit par la perversion. »

La réponse du patient suggère que l'amélioration n'était pas due à l'assèchement du sol de la perversion (le retrait sexuel remonte aux années les plus précoces de sa vie), mais qu'il était capable de reconnaître ces dangers et de préserver ainsi la partie saine du risque de contamination pathologique.

On peut considérer le délire de la même manière. D'un certain point de vue, il est plus facile pour moi de travailler sur la configuration délirante la plus récente de Lorenzo parce que cela concerne le monde de la parenté de sa compagne. Nous pouvons ainsi discuter plus immédiatement de la vérité dédoublée de l'expérience délirante parce qu'il ne projette pas sur des ennemis présumés anonymes et éloignés, mais sur sa compagne dont il apprécie la proximité avec lui. Au cours de la première partie de son analyse, son délire possédait une dimension universelle : ses ennemis se déplaçaient

d'un pays à l'autre, d'une ville à l'autre et ils avaient même impliqué une fois la CIA et le KGB. Cette fois-ci, le territoire délirant est davantage circonscrit, facilitant ainsi la comparaison avec la réalité émotionnelle.

Un déclencheur important du délire de Lorenzo consiste en son incapacité à gérer la frustration. Il reconnaît qu'il espérait entrer triomphalement dans la famille de sa compagne et il voyait l'accueil prudent et réservé de sa belle-famille comme une hostilité finement voilée, froide. Il réalise maintenant qu'il bouillonnait de rage face à cette déception et, par projection, il attribuait à ces individus les pires intentions agressives envers lui. Nous sommes parvenus à établir clairement qu'il ne tolérerait aucune frustration lorsqu'il était dans un état mental de grandiosité. La rencontre avec la réalité - dans ce cas, l'accueil réservé de la famille de sa compagne - produisit une énorme déception par rapport à ses attentes. Ces constructions se sont soudain effondrées comme un château de cartes, le laissant désorienté, confus et en proie à un violent ressentiment narcissique. Ce qui était responsable de sa frustration - dans ce cas la famille de sa compagne - devint son ennemi, comme Freud le remarque à propos du moi primitif :

Le moi hait, déteste, poursuit avec l'intentions de détruire tous les objets qui sont pour lui sources de sensations de déplaisir, qu'ils signifient une frustration de la satisfaction sexuelle ou de la satisfaction des besoins de conservation (1915d, p. 40).

Cette citation coïncide parfaitement avec l'état mental grandiose de mon patient et décrit avec justesse ce qui est arrivé dans son psychisme exalté suite à une frustration.

Lorenzo est ici davantage préoccupé qu'à n'importe quel autre moment de travailler avec obstination à résoudre le mystère de la transformation du délire. Il revient sur le sujet du délire à chaque séance, et celui-ci ne tombe pas progressivement dans l'oubli comme précédemment. Je sens qu'il veut se libérer lui-même une fois pour toutes de la séduction provenant de la colonisation par la partie psychotique. Lorenzo a l'intention de poursuivre son analyse de manière à parvenir à une conscience croissante des mécanismes internes et externes ainsi que des facteurs qui produisent son délire et font intrinsèquement partie de sa personnalité. En fait c'est sa personnalité qui doit continuer à entreprendre cette transformation.

Dans mon contre-transfert, je me suis senti dans la même position qu'un oncologue qui traite un cancer. J'avais l'impression d'être confronté à une ultime métastase. Les précédentes ont été correctement identifiées et neutralisées, maintenant elles ne sont plus qu'à l'état de résidus. Cependant, une autre tumeur est apparue, imprévisible. Si, comme il le semble, nous pouvons la calcifier et la rendre inoffensive, nous serons finalement en mesure de conclure que le long travail visant à sauver le patient de sa psychose a été une réussite.

Bibliographie

- Bion W** (1957). Différenciation des parties psychotiques et non psychotiques de la personnalité. In *Réflexion faite*. Paris : PUF, 1983, pp. 51-73.
- Bion W** (1992). *Cogitations*. Dir Bion F. Paris: In Press, 2005
- Capozzi P, De Masi F** (2001). The meaning of dreams in the psychotic state: Theoretical considerations and clinical applications. *Int J Psychoanal* **82**:933-52.
- Fonagy P, Target M** (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psychoanal* **77**:217-33.
- Freud S** (1900a). *L'interprétation des rêves*. Trad I Meyerson. Paris: PUF, 1967. *OCF, P IV*.
- Freud S** (1911c). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoides) (Le Président Schreber). Trad. M. Bonaparte et R. Loewenstein. In *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1954, pp. 263-321. *OCF.P X*, pp. 225-304.
- Freud S** (1915c). Pulsions et destins des pulsions. Trad. J. Laplanche et J.B. Pontalis. In *Métapsychologie*. Paris: Gallimard, 1968, pp. 11-43. *OCF.P XIII*, pp. 163-188.
- Freud S** (1915e). L'inconscient. Trad. J. Laplanche et J.B. Pontalis, in *Métapsychologie*. Paris: Gallimard, 1968, pp. 65-121. *OCF.P XIII*, pp. 205-244.
- Freud S** (1922). De quelques mécanismes névrotiques dans la paranoïa et l'homosexualité. *OCF, P XVI*, 87-97
- Freud S** (1939a). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Trad. C. Heim. Paris: Gallimard, 1986.
- Freud S** (1940a [1938]). *Abrégé de psychanalyse*. Trad. A. Berman. Paris : PUF, 1949, 1967. *OCF, P XX*
- Igra L** (1997). Myth or delusion? An exploration of open and closed states of mind. *Int Forum Psychoanal* **6**:25-31.
- Jacobson E** (1954). On psychotic identifications. *Int J Psychoanal* **35**:102-8.
- Klein M** (1930). *La psychothérapie des psychoses. Essais de psychanalyse 1921-1945*, Paris : Payot, 1968, p. 279-282
- Klein M** (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Trad. W. Baranger. In *Développements de la psychanalyse*. Paris : Payot, 1968, pp. 274-300.
- Lichtenberg JL, Pao PN** (1974). Delusion, phantasy and desire. *Int J Psychoanal* **55**:273-81.
- Meltzer D** (1979). Un approccio psicoanalitico alla psicosi [A psychoanalytic approach to psychosis]. Quaderni di psicoterapia infantile **2**. *Le psicosi*, 31-50. Rome: Borla.
- Nacht S, Racamier PC** (1958). « La théorie psychanalytique du délire », *Rev fr Psychan*, PUF, XXII, **45**:417-532.
- Oppenheim L** (2013). *Imagination from phantasy to delusion*. Hove: Routledge.
- O'Shaughnessy E** (1992). Psychosis: Not thinking in a bizarre world. *New Library of Psychoanalysis* **14**:89-101.
- Pazzagli A** (2006). Delusion, narrative, and affects. *J Am Acad Psychoanal* **34**:367-76.
- Rosenfeld H** (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts. An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int J Psychoanal* **52**:169-78.

Rosenfeld H (1987). *Impasse and interpretation*. London: Tavistock.

Segal H (1957) Note sur la formation du symbole. In *Délire et créativité*. Trad. J. Vincent-Chambrier et C. Vincent. Paris : Edition des Femmes, 1987, pp. 93-111.

Segal H (1974). Délire et créativité artistique. In *Délire et créativité*. Trad. J. Chambrier et C. Vincent. Paris : Edition des femmes, 1987, p. 345-361.

Steiner J (1993) *Retraits psychiques. Organisations pathologiques chez les patients psychotiques, névrosés et borderline*. Paris : PUF, 1996.